الاضطرابات الاكتئابية:
التشخيص،عوامل الخطر،النظريات والقياس

. .

–

ملخص الدراسة:

تشتمل الدراسة على عدة محاور وهى**:** تشخيص الاضطرابات الاكتئابية، ثم أهم عوامل خطر الاصابة بهذه الاضطرابات، ثم أهم النظريات التى حاولت تفسير هذه الاضطرابات، وأخيرا قياس الاضطرابات الاكتئابية لدى الكبار والصغار.

فى المحور الأول والخاص بتشخيص الاضطرابات الاكتئابية، تم تناول الاضطرابات الوجدانية ككل وتوضيح مكوناتها، ثم تم تخصيص الدراسة للاضطرابات الاكتئابية بوصفها إحدى فئات الاضطرابات الوجدانية. تم تناول محكات تشخيص والتشخيص الفارقى للاضطرابات الاكتئابة والاضطرابات الاخرى التى يمكن ان تتواجد معها.

وقد تم تناول ١ – نوبة الاكتئاب الرئيسى ٢ – الاضطرابات الاكتئابية: (أ) الاكتئاب الرئيسى (ب) اضطراب الديستميا (جـ) اضطراب التوافق مع اكتئاب (د) أنواع أخرى من الاكتئاب كانت ولازالت قيد البحث ، وهى : الاكتئاب الفرعى أو الأصغر، اضطراب اكتئاب قصير متكرر ، واضطراب الشخصية المكتئبة. ثم تناول الباحث نسبة انتشار وترتيب الاضطرابات الاكتئابية بين الأمراض المختلفة التى تؤدى إلى عجز فى إنتاجية الإنسان.

تناول الباحث فى المحور الثانى للدراسة: عوامل خطر الإصابة بالاضطرابات الاكتئابية وتضمت هذه العوامل: ١– الجنس(النوع) ٢– التاريخ العائلى ٣– الشخصية والمزاج ٤– الإستهداف المعرفى (المخططات المعرفية ، أنماط العزو أو التفسير، وجهة الضبط ، تعلم اليأس، انخفاض تقدير الذات) ٥– الإستهداف البينشخصى (الخجل، نقص المهارات الاجتماعية، والوحدة) ٦– العلاقات البينشخصية (التعلق ، اساليب المعاملة الوالدية) ٧– الضغط.

وفى المحور الثالث، تناول الباحث النظريات التى حاولت تفسير الاضطرابات الاكتئابية، وتم تناول: ١– نظرية لوينسون السلوكية. ٢– نظرية بك المعرفية.

وفى المحور الرابع والأخير عرض الباحث لموضوع قياس الاكتئاب (مقياس بك المختصرللاكتئاب ، مقياس بك الثانى للاكتئاب ومقياس الاكتئاب (د) للصغار) وتركز التناول على وصف كل مقياس ، وعرضا للدراسات العربية والأجنبية للصدق والثبات.

الاضطرابات الاكتئابية:
التشخيص، عوامل الخطر،النظريات والقياس

مقدمة الدراسة:

تتضمن الدراسة ما يلى :

I- عرض للاضطرابات الوجدانية.

II- عرض وتشخيص الاضطرابات الاكتئابية.

١- تشخيص نوبة الاكتئاب، وعرض لمظاهر اضطرابات أخرى قد تتواجد معها والتشخيص الفارقى لنوبة الاكتئاب، ومحكات تشخيصها.

٢- تشخيص اضطرابات الاكتئاب:

أ- تشخيص اضطراب الاكتئاب وعرض لمظاهر لضطرابات أخرى قد تتواجد معه والتشخيص الفارقي لاضطراب الاكتئاب ومحكات تشخيصه.

ب- تشخيص اضطراب الديستميا وعرض لمظاهر اضطرابات أخرى قد تتواجد معه، والتشخيص الفارقي لاضطراب الديستميا ومحكات تشخيصه .

جـ- اضطراب التوافق مع الاكتئاب.

٣- أنواع أخرى من الاكتئاب قيد الدراسة ولاتزال، في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع:

أ- الاكتئاب الفرعي أو الأصغر، ب- اضطراب اكتئابي قصير متكرر،

جـ- اضطراب الشخصية المكتئبة.

III – نسبة انتشار الأعرض والاضطرابات الاكتئابية.

IV– عوامل خطر الإصابة بالاضطرابات الاكتئابية.

١- الجنس ٢- التاريخ العائلي المرضي ٣- الشخصية والمزاج ٤- الاستهداف المعرفي ٥- الاستهداف البينشخصى ٦ - العلاقات البينشخصية (أ- التعلق ب- اساليب المعاملة الوالدية) ٧- للضغط

V – نظريات الاكتئاب:

- النظرية السلوكية. - النظرية المعرفية.

VI– قياس الاكتئاب

١- مقياس الاكتئاب(د) الصورة المختصرة ٢- مقياس اكتئاب(د-٢) ٣- مقياس اكتئاب (د) للصغار.

I – الاضطرابات الوجدانية Mood Disorders

وتشمل الاضطرابات التي يسيطر عليها المزاج Mood بوصفه المظهر السائد. ويقسم هذا القسم إلى ثلاثة أجزاء.

الجزء الأول:-

يصف نوبات المزاج Mood Episodes مثل:

أ- نوبات الاكتئاب الأساسى أو الرئيسى. ب- نوبات الهوس.

جـ- النوبات المختلطة من كل من الاكتئاب والهوس. د- نوبات الهوس الخفيف.

وهذه النوبات المزاجية لا يمكن تشخيصها ككيانات منفصلة، ومع ذلك فهي تخدم كأساس ينبني عليه تشخيص الاضطرابات.

الجزء الثاني:-

يصف اضطرابات المزاج Mood Disorders مثل:

أ- اضطراب الاكتئاب الرئيسى. ب- اضطراب الديستميا. جـ- الاضطراب الثنائي I.

إن القواعد المعيارية لأغلب لضطرابات المزاج ، تتطلب وجود أو عدم وجود نوبات المزاج المذكورة في الجزء الأول.

الجزء الثالث:-

يتضمن هذا الجزء المحددات التى تصف إما إذا كانت نوبة المزاج حالية الوقوع أو أن النوبات متكررة.

إن اضطرابات المزاج، تنقسم إلى:

أ- اضطرابات الاكتئاب (الاكتئاب الأحادى).

ب- الاضطراب الثنائي، ولضطرابيين آخرين مؤسسين بناء على السبب المرضى etiology (اضطراب مزاج يرجع إلى الظرف الطبي العام واضطراب المزاج الحادث بسبب العقاقير).

* يتم التفرقة بين الاضطرابات الاكتئابية (اضطرلب الاكتئاب الرئيسى، اضطراب الديستميا، واضطراب اكتئابي لم يحدد في مكان آخر) وبين الاضطراب الثنائي بناءا على عدم وجود تاريخ مرضى بحدوث نوبات هوس أو خليط من (اكتئاب وهوس) أو هوس خفيف.

* وتتضمن الاضطرابات الثنائية (الاضطراب الثنائي I ، الاضطراب الثنائي II ، الاضطراب الدوري، .cyclothymiacs D ، اضطراب ثنائي لم يحدد في مكان آخر)، وجود ، أو تاريخ نوبات هوس، أو نوبات مختلطة، أو نوبات هوس خفيف، عادة غير مصاحبة بوجود أو تاريخ نوبات اكتئاب رئيسي.

اضطراب الاكتئاب الرئيسي:-

يتصف بواحدة أو عدة نوبات اكتئابية (أسبوعان على الأقل من المزاج الاكتئابى، أو فقدان الاستمتاع بالإضافة إلى أربعة من الأعراض الأخرى التى سوف يلي ذكرها).

اضطراب الديستميا (اكتئاب مزمن):-

يتصف بوجود مزاج اكتئابى في أغلب الأيام لمدة عامين على الأقل، مصاحبا بأعراض اكتئابية إضافية لا ينطبق عليها محك نوبة الاكتئاب الرئيسى.

اضطراب اكتئابى لم يحدد فى مكان آخر :-

يتضمن وصف اضطرابات بمواصفات اكتئابية لا ينطبق عليها محك: اضطراب الاكتئاب الرئيسي، أو اكتئاب الديستميا (المزمن) أو اضطراب التوافق مع مزاج اكتئابي أو اضطراب توافق مع خليط من القلق والاكتئاب أو أعراض اكتئابية لا يوجد عنها معلومات كافية أو أن المعلومات عنها متعارضة.

الاضطراب الثنائيI :-

يتصف بوجود واحدة أو أكثر من نوبات الهوس، أو نوبات مختلطة من الهوس والاكتئاب وعادة ما تكون مصحوبة بنوبات اكتئاب رئيسي.

الاضطراب الثانيII :-

يتصف بوجود واحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب الرئيسى، تكون مصحوبة بعلي الأقل نوبة هوس خفيف.

الاضطراب الدوري:-

يتصف بفترات عديدة من أعراض الهوس الخفيف ولمدة عامان على الأقل، والتي لا تنطبق عليها محك نوبة الهوس، وأيضا يتصف بالعديد من فترات الأعراض الاكتئابية والتي لا ينطبق عليها محك نوبة الاكتئاب الرئيسي.

اضطراب ثنائي لم يحدد فى مكان آخر:-

يتضمن اضطرابات ثنائية ذات مظاهر لا تنطبق عليها محك أي من الاضطرابات الثنائية المحددة والمذكورة سابقا (أو أعراض ثنائية لا يوجد عنها معلومات أو المعلومات حولها متناقضة).

اضطرابات مزاج ترجع للظروف الطبية العامة:-

تتصف بوجود اضطراب في المزاج مسيطر وقوى، والذي يحكم عليه بأنه يرجع إلى نتائج فسيولوجية للحالة الطبية العامة.

اضطراب المزاج الراجع إلى إساءةاستخدام العقاقير:-

يتصف بوجود اضطراب في المزاج، مسيطر وقوى والذي يحكم عليه بأنه يرجع إلى مترتبات أو عواقب مباشرة فسيولوجية لإساءة العقاقير،أو الأدوية، أو أي علاجات جسمية أخرى للاكتئاب، أو التعرض للتسمم.

اضطراب مزاج لم يحدد فى مكان آخر:-

يصف لضطرابات بأعراض مزاجية والتي لا ينطبق عليها محك محدد لأى اضطراب مزاج سبق تناوله، والتي من الصعب اختيار بين اضطراب اكتئاب لم يحدد من قبل واضطراب الثنائي لم يحدد فى مكان آخر.

II- عرض وتشخيص الاضطرابات الاكتئابية:

هناك العديد من الحالات التى يستخدم فيها مصطلح الاكتئاب، وبالتالي يختلف التشخيص بناء على ما نقصده بهذا المصطلح.

الحالات التى يستخدم فيها مصطلح الاكتئاب:-

كأحد نوبات المزاج، وحيث يذكر مصطلح نوبات الاكتئاب الرئيسى.

كأحد اضطرابات المزاج : أ- حيث يذكر مصطلح اضطراب الاكتئاب الرئيسى.

ب- اضطراب الديستميا أو الاكتئاب المزمن.

ج - كأحد لضطرابات التوافق، وحيث يذكر المصطلح - اضطراب توافق مع مزاج اكتئابي أو اضطراب توافق مع قلق واكتئاب .

د - أنواع من الاكتئاب مقترحة في DSM-IV وتحت الدراسة.

(١) اضطراب اكتئاب فرعى أو الأصغر. (٢) اضطراب اكتئاب متكرر قصير (٣) اضطرب الشخصية المكتئبة.

١ - تشخيص نوبات الاكتئاب الرئيسى Major Depressive Episodes

* من أهم مواصفات نوبات الاكتئاب الرئيسي: فترة أسبوعين على الأقل خلالهما يعانى الفرد إما من مزاج اكتئابي، أو فقدان المتعة في كل النشاطات تقريبا. وبالنسبة للأطفال والمراهقين، ربما يكون المزاج مهتاج irritable بدلا من المزاج الاكتئابي .

محكات تشخيص نوبة الاكتئاب الرئيسي :

أ- خمسة أو أكثر من الأعراض التالية تواجدت لمدة أسبوعين، و تمثل تغييرا في الأداء المعتاد للفرد، ومنها على الأقل عرضا من الاثنين:

١- المزاج الاكتئابي. ٢ - فقدان الإستمتاع أو الاهتمام.

١- مزاج اكتئابي أغلب اليوم تقريبا كل يوم، وذلك كما يظهر إما عن طريق تقرير الشخص، أوالملاحظة بواسطة الآخرين (وفي الأطفال والمراهقين يمكن إن يكون هذا العرض في صورةمزاج تهيجي).

٢- نقص واضح في الاهتمامات أو التمتع في كل أو اغلب الأنشطة اغلب اليوم، تقريبا كل يوم.

٣- نقص واضح في الوزن ليس راجعا للتنظيم المتعمد للوزن، أو الزيادة في الوزن (تغير حوالي ٥% من وزن الجسم في شهر) أو انخفاض أو زيادة في الشهية تقريبا كل يوم.

٤- الأرق أو الزيادة في النوم تقريبا كل يوم.

٥- تخلف أو تهيج حركي- نفسي تقريبا كل يوم .

٦- الإجهاد أو فقدان الطاقة تقريبا كل يوم.

٧- مشاعر بعدم القيمة أو مشاعر بالذنب غير مناسبة أو زائدة.

٨- نقصان في القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد تقريبا كل يوم.

٩- أفكار متكررة عن الموت (ليست فقط الخوف من الموت) تفكير متكرر في الإنتحار بدون خطة محددة ، أو محاولات إنتحار، أو خطة محددة للإنتحار.

ب- لا ينطبق على الأعراض محكات النوبة المختلطة .

جـ- تسبب الأعراض كدرا distress اكلينيكيا واضحا أو عجزا في الأداء الاجتماعي والمهني أو غير ذلك من مجالات الأداء .

د- لا ترجع الإعراض إلى تأثيرات مباشرة فسيولوجية للعقاقير (إساءة استخدام العقاقير، أو استخدام الأدوية) أو إلى الحالة الطبية العامة.

هـ- لا ترجع الإعراض إلى الفقدان (فقدان شخص عزيز)، وتستمر الإعراض لأكثر من شهرين أو تتصف بعجز واضح، وبالانشغال بالمرض، مع الشعور بعدم القيمة، والتفكير الانتحاري،وأعراض ذهانية، أو تأخر حركي ــ نفسي.

التشخيص الفارقى لنوبة الاكتئاب الرئيسي:

لابد من التفرقة بين نوبة الاكتئاب الرئيسي وبين:

- اضطراب المزاج العائد إلى ظرف طبي عام .
- اضطراب المزاج العائد إلى استخدام العقاقير (سواء كانت عقاقير أو أدوية، أو تسمم).

- اضطراب المزاج العائد إلى الخرف dementia .
- يصعب تفرقة نوبات الاكتئاب الرئيسي والتي تتصف بالمزاج المتهيج عن نوبات الهوس المصاحبة بتهيج المزاج ، أو عن النوبات المختلطة. ويتطلب التشخيص الفارقى هنا التأكد من التقييم الإكلينيكى المتأني من وجود أعراض هوس.
- اضطراب الإزعاج أو التشتت وانخفاض القدرة على تحمل الإحباط يمكن إن يحدثا في كل من اضطراب نقص الانتباه – وفرط الحركة ، وأيضا نجدها في نوبة الاكتئاب الرئيسي .
- اضطراب التوافق مع اكتئاب ، وخاصة نوبة الاكتئاب الرئيسي التي تحدث كاستجابة لمصدر ضغط نفسي ، وذلك عندما لا تتوافر في الحالة محكات نوبة الاكتئاب الرئيسي .
- الفقدان أو الحرمان (فقدان شخص عزيز): فحتى لو استمرت الأعراض الاكتئابية مدة كافية، وفي العدد أيضا ، يجب إرجاعها للفقدان وليس لنوبة اكتئاب رئيسي إلا لو استمرت لأكثر من شهرين أو تضمنت عجزا واضحا في الأداء العام وانشغالات بالمرض مع أعراض: الشعور بعدم القيمة، أفكار انتحارية، أعراض ذهانية أو تدهور حركي ـــ نفسي .
- فترات من الحزن : إن الحزن جزء رئيسي من خبرة الكائن الحي، لذلك لا يجب تشخيص لحظات الحزن على أنها نوبات اكتئاب رئيسي، إلا لو توفرت محكات أو معايير الشدة وهي (خمسة من تسع أعراض)، والدوام (أغلب الوقت تقريبا يوميا لمدة لا تقل عن أسبوعين) وعجز وكدر distress إكلينيكي.

مظاهر واضطرابات أخرى يمكن أن تتواجد في نوبة الاكتئاب الرئيسى:-

- يظهر الفرد المصاب بنوبة اكتئاب رئيسي بصورة متكررة frequently : البكاء، التهيج، أفكار وسواسية، قلق ، فوبيا، مبالغة في القلق على الصحة والشكوى من الآلام (الصداع، آلام المفاصل، آلام في البطن) .
- يعانى بعض الأفراد خلال نوبة الاكتئاب الرئيسى من نوبات من الهلع والتي تحدث في نمط ينطبق عليه محك تشخيص اضطراب الهلع.
- بالنسبة للأطفال، يظهر على بعض المصابين منهم قلق الإنفصال.
- يلاحظ على بعض الأفراد صعوبة في العلاقات الحميمة، وتفاعلات اجتماعية أقل إرضاء ، أو صعوبة في الأداء الجنسي، وربما تتواجد مشاكل زواجية، ومشاكل مهنية، أو مشاكل تعليمية، أو إساءة استخدام الكحول والعقاقير، أو زيادة في استخدام الخدمات الطبية.
- تتبع نوبة الاكتئاب الرئيسى غالبا ضغوط نفسية(موت شخص عزيز، انفصال زواجي، طلاق) وربما تكون عملية ولادة جديدة سببا في نوبة اكتئاب رئيسي، وفى هذه الحالة لابد وضع محدد specifier "مع بداية حدوث بعد الولادة" postpartum.

٢ – الاضطرابات الاكتئابية Depressive Disorders

أ- تشخيص اضطراب الاكتئاب الرئيسي major depressive disorder

* إن أهم مواصفات اضطراب الاكتئاب الرئيسي هو دورة اكلينيكية تتصف بنوبة أو أكثر من الاكتئاب الرئيسي بدون تاريخ من نوبات هوس أو هوس خفيف أو نوبة مختلطة .

محكات تشخيص اضطراب الاكتئاب الرئيسي : النوبة الواحدة :

١- وجود نوبة واحدة اكتئاب رئيسي.

٢- لا ترجع نوبة الاكتئاب الرئيسي إلى: اضطراب فصام وجداني، وغير مهيمنة superimposed على اضطراب الفصام أو اضطراب الضلالة أو اضطراب ذهانى لم يحدد.

٣- لم يوجد إطلاقا نوبة هوس، أو نوبة مختلطة، أو نوبة هوس خفيف مع ملاحظة أن هذا الاستبعادexclusion لا ينطبق على كل الحالات شبيهة بالهوس، أو النوبة الشبيهة بالمختلطة، أو النوبة الشبيهة بالهوس الخفيف الراجعة إلى استخدام العقاقير أو العلاج أي إلى تأثيرات مباشرة فسيولوجية للحالة الطبية العامة .

٤ – توضح المحددات التالية:-

أ – الشدة / الذهانية / حالة الشفاء .   ب – الإزمان .chronic

جـ – مع مظاهر تخشبية catatonic   ء – مع مظاهر ميلانكوليا melancholic

هـ – مع مظاهر غير قياسية atypical و – مع البدء بعد الولادة postpartum

أ- الذهانية/الشدة/ حالة الشفاء

- بالنسبة لمحددات الشدة ، يتم تحديد الآتي :-

* وذلك على أساس عدد الأعراض الاكتئابية و شدتها و درجة العجز في أداء الفرد ومستوى الكدر الذي يعانى منه

*** ومستويات الشدة هى :**

١- نوبة اكتئاب خفيفة mild   ٢- نوبة اكتئاب معتدلة أو متوسطة moderate

٣- نوبة اكتئاب شديدة sever بدون مظاهر ذهانية .

نوبةالاكتئاب الخفيفة:

تتصف بوجود الأعراض المتطلبة لمحك النوبة الاكتئابية ، وبعض الأعراض الإضافية القليلة خمسة أعراض أو ستة أعراض فقط) وإما درجة عجز خفيف في أداء الفرد أو الأداء المعتاد ولكن ببذل مجهود غير عادى .

نوبة الاكتئاب المعتدلة :

تتصف بأعراض أو مستوى أداء يقع مابين النوبة الخفيفة والنوبة الشديدة.

نوبة الاكتئاب الشديدة بدون مظاهر ذهانية :

تتصف بوجود العديد من الأعراض الاكتئابية الإضافية لتلك الأعراض المتطلبة في محك تشخيص نوبة الاكتئاب الرئيسي، وأن الأعراض تتدخل بشكل واضح في أداء الفرد المهني، أو مع نشاطاته الاجتماعية أو علاقاته الاجتماعية المعتادة مع الآخرين.

الذهانية :

نوبة اكتئاب شديدة مع مظاهر ذهانية :

(ضلالات او هلاوس) و يتم تحديد :

أ- مظاهر ذهانية متمشية مع موضوعات اكتئابية أو

ب- مظاهر ذهانية لا تتماشى مع موضوعات اكتئابية .

بالنسبة لمحددات الشفاء يتم تحديد :

أ- إما في حالة شفاء جزئي أو ب- و إما في حالة شفاء كلى .

ب- بالنسبة للازمان :

يوضح هذا المحدد طبيعة ألازمان لنوبة الاكتئاب، ويطبق هذا التحديد للنوبة الاكتئابية الحالية Current أو للنوبة الاكتئابية الأكثر حداثة. إن المحك الكامل للنوبة الاكتئابية يتم تحقيقه بدون انقطاع لمدة لا تقل عن العامان السابقان.

محكات تشخيص اضطراب الاكتئاب الرئيسي المتكرر recurrent

١- وجود نوبتين أو أكثر من الاكتئاب الرئيسي مع ملاحظة أنه لاعتبار نوبات الاكتئاب الرئيسي منفصلة لابد أن يكون هناك مدة فاصلة لا تقل عن شهرين مستمرين لا يمكن فيها تطبيق محكات نوبة الاكتئاب الرئيسى .

٢- لا ترجع نوبات الاكتئاب الرئيسي إلى اضطراب الفصام الوجدانى، وغير مهيمنة Superimposed على اضطراب الفصام أو اضطراب فصامى الشكل أو الاضطراب الضلالى أو اضطراب ذهانى غير مذكور من قبل.

٣- لم تحدث إطلاقا نوبات هوس، أو نوبة مختلطة أو نوبة هوس خفيف، مع ملاحظة أن هذا الاستبعاد لا يتم تطبيقه إذا كانت كل الاضطرابات السابقة راجعة إلى استخدام العقاقير أو الأدوية، أو راجعة إلى الحالة الصحية العامة.

٤ -توضح المحددات التالية:-

أ - الشدة / الذهانية /حالة الشفاء .

ب - الإزمان

جـ - مع مظاهر تخشبية catatonic

ء – مع مظاهر ميلانكوليا melancholic

هـ – مع مظاهر غير قياسية atypical

و – مع البدء بعد الولادة postpartum

أ- الشدة/ الذهانية/حالة الشفاء:

- بالنسبة لمحددات الشدة ، يتم تحديد الآتي :-

وذلك على أساس عدد الأعراض الاكتئابية وشدتها ودرجة العجز في أداء الفرد ومستوى الكدر الذي يعانى منه .

١- نوبة اكتئاب خفيفة mild ٢- نوبة اكتئاب معتدلة أو متوسطة moderate ٣- نوبة اكتئاب شديدة بدون مظاهر ذهانية .

نوبة الاكتئاب الخفيفة :

تتصف بوجود الأعراض المتطلبة لمحك النوبة الاكتئابية ، وبعض الأعراض الإضافية القليلة (خمسة أعراض أو ستة أعراض فقط) وإما درجة عجز خفيف في أداء الفرد أو الأداء المعتاد ولكن ببذل مجهود غير عادى .

نوبة الاكتئاب المعتدلة :

تتصف بأعراض أو مستوى أداء يقع مابين النوبة الخفيفة والنوبة الشديدة.

نوبة الاكتئاب الشديدة بدون مظاهر ذهانية :

تتصف بوجود العديد من الأعراض الاكتئابية الإضافية لتلك الأعراض المتطلبة في محك تشخيص نوبة الاكتئاب الرئيسي، وأن الأعراض تتدخل بشكل واضح في أداء الفرد المهني، أو مع نشاطاته الاجتماعية أو علاقاته الاجتماعية المعتادة مع الآخرين.

الذهانية :

نوبة اكتئاب شديدة مع مظاهر ذهانية :

(ضلالات او هلاوس) ويتم تحديد :

أ- مظاهر ذهانية متمشية مع موضوعات اكتئابية أو

ب- مظاهر ذهانية لا تتماشى مع موضوعات اكتئابية .

بالنسبة لمحددات الشفاء يتم تحديد :

أ- إما في حالة شفاء جزئي أ ، ب- وإما في حالة شفاء كلى .

- بالنسبة للازمان:

يوضح هذا المحدد طبيعة ألازمان لنوبة الاكتئاب، ويطبق هذا التحديد للنوبة الاكتئابية الحالية Current أو للنوبة الاكتئابية الأكثر حداثة. إن المحك الكامل للنوبة الاكتئابية يتم تحقيقه بدون انقطاع مدة لا تقل عن العامين السابقين.

التشخيص الفارقى لاضطراب الاكتئاب الرئيسي :

١- تتم ملاحظة والرجوع إلى التشخيص الفارقى لنوبة الاكتئاب الرئيسي.

٢- لابد من التفرقة بين نوبة الاكتئاب الرئيسي فى اضطراب الاكتئاب الرئيسي وبين اضطراب المزاج الراجع إلى الحالة الطبية العامة .

٣- لابد من التفرقة بين نوبة الاكتئاب الرئيسي في اضطراب الاكتئاب الرئيسي وبين اضطراب المزاج الراجع إلى استخدام العقاقير.

٤- يتم التفرقة بين اضطراب الاكتئاب الرئيسي واضطراب الديستميا (الاكتئاب المزمن) اعتمادا على الشدة والمدة والدوام. ففي اضطراب الاكتئاب الرئيسي يجب أن يتواجد المزاج الاكتئابي في أغلب اليوم تقريبا كل يوم لمدة لا تقل عن أسبوعين، بينما في اضطراب الديستميا يجب أن يتواجد المزاج الاكتئابي في أغلب الأيام لمدة لا تقل عن عامين .

إن التفرقة بين اضطراب الاكتئاب الرئيسي واضطراب الديستميا تعتبر صعبة بعض الشيء وذلك لحقيقة أن الاضطرابيين يتشاركان في أعراض متشابهة، وأن الاختلافات بينهما في بداية الحدوث، والدوام والاستمرار والشدة ليس من السهل تقييمها. عادة ما يتضمن اضطراب الاكتئاب الرئيسي واحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب الرئيسي الواضحة التي يمكن التعرف عليها والتفرقة بينها وبين الأداء المعتاد للفرد، بينما يتصف اضطراب الديستميا بأعراض مزمنة، أقل شدة، والتي ظلت متواجدة لعدة سنوات.

٥- لابد من التفرقة بين اضطراب الاكتئاب الرئيسي مع مظاهر ذهانية و بين الفصام الوجدانى، وذلك لاشتراط وجود أسبوعين على الأقل من الضلالات أو الهلاس فى تشخيص الفصام تحدث فى غياب أعراض مزاجية واضحة. إن الأعراض الاكتئابية ربما تتواجد خلال اضطراب الفصام الضلالى واضطراب ذهانى لم يتحدد فى مكان آخر. وتعتبر أغلب الإعراض الاكتئابية فى هذه الحالة مظاهر مصاحبة لهذه الاضطرابات .

٦- في كبار السن يكون من الصعب تحديد ما إذا كانت الإعراض المعرفية (فقدان التوجه ، ضعف التركيز، اللامبالاة ، فقدان الذاكرة) ترجع إلى الخرف dementia أو إلى نوبة اكتئاب رئيسي في اضطراب الاكتئاب الرئيسي .

مظاهر واضطرابات أخرى يمكن أن تتواجد مع اضطراب الاكتئاب الرئيسي

١- ربما يسبق اضطراب الاكتئاب الرئيسي اضطراب الديستميا (الاكتئاب المزمن) وذلك بنسبة تتراوح ما بين ١٠% - ٢٥%، كما تم تقدير أن ١٠% من المصابين باكتئاب الديستميا سوف يصابون بأول نوبة اكتئاب رئيسي كل عام .

٢- من الاضطرابات النفسية التي تحدث مع اضطراب الاكتئاب الرئيسي: الاضطرابات الراجعة لاستخدام العقاقير، اضطراب الهلع ،اضطراب الوسواس القهري، اضطراب فقدان الشهية العصبي أو اضطراب الشره العصبي واضطراب الشخصية البينية.

ب- تشخيص اضطراب الديستميا (الاكتئاب المزمن) Dysthymic Disorder

*- إن المظهر الأساسي لاضطراب الديستميا هو ازمان chronically المزاج الاكتئابى والذي يحدث أغلب اليوم، فى أغلب الأيام لمدة لا تقل عن عامين.

٢ - محكات تشخيص اضطراب الديستميا(الاكتئاب المزمن):

أ- مزاج اكتئابي أغلب اليوم، في أغلب الأيام، كما يتضح أما من التقارير الذاتية أو الملاحظين حول المريض وذلك لمدة لا تقل عن عامان: مع ملاحظة أن مزاج الأطفال والمراهقين يمكن أن يتصف بالتهيج irritable ولابد أن تكون فترة دوام الأعراض ليست أقل من عام.

ب- وجود على الأقل عرضين من الأعراض التالية إثناء حالة الاكتئاب (بالإضافة إلى المحك أ)

١- انخفاض الشهية أو ازديادها. ٢- أرق أو زيادة في النوم.

٣- انخفاض في الطاقة أو مشاعر الإجهاد. ٤- انخفاض في تقدير الذات.

٥- انخفاض في القدرة على التركيز أو صعوبة اتخاذ القرارات. ٦- مشاعر العجز.

جـ- خلال فترة عامي الاضطراب (عام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين) لا تمرعلى الفرد فترة أكثر من شهرين بدون الأعراض فى أ ، ب.

د- لم تتواجد أي نوبات اكتئاب رئيسي خلال عامي الاضطراب(عام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين) وأن الاضطراب لا يرجع إلى اضطراب اكتئاب رئيسي مزمن، أو اضطراب اكتئاب رئيسي معالج جزئيا partial remission .

* مع ملاحظة أنه ربما عانى المريض من نوبة اكتئاب رئيسي سابق، وقد خفت حدة الأعراض تماما (أي لا تظهر علامات محددة لمدة شهرين) وذلك قبل ظهور اضطراب الديستميا.

* بالإضافة ، بعد العامين الأولين (عام واحد للأطفال والمراهقين) لاضطراب الديستميا، تعلو نوبات اكتئاب رئيسي. وفى هذه الحالة لابد من إعطاء كلا التشخيصين عندما تتحقق محكات نوبة الاكتئاب.

هـ- لم توجد أي نوبة هوس، أو نوبة هوس خفيف، ولم يتم إطلاقا التشخيص بالاضطراب الدوري Cyclothymic D.

و- لا يحدث الاضطراب نهائيا خلال فترة اضطراب ذهانى مزمن، مثل الفصام أواضطراب الضلالة.

ز- لا ترجع الأعراض إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لعقار(إساءة استخدام عقار، أوالأدوية) أو إلى الحالة الطبية العامة.

حـ- تسبب الأعراض كرب أو كدر distress أو ضيق كلينيكى، أو عجز في الأداء الاجتماعي ،أو المهني، أو غير ذلك من مجالات الأداء.

التشخيص الفارقى لاضطراب الديستميا:-

- إن التفرقة بين اضطراب الديستميا واضطراب الاكتئاب الرئيسي تعتبر أمرا صعبا وذلك لأن الاضطرابين يتشاركان فى أعراض متشابهة، كما أن التفرقة بين الاضطرابين فى بدأ الحدوث، والمدة، والاستمرارية والشدة ليس من السهل تقييمها. ومن المعتاد أن يتضمن اضطراب الاكتئاب الرئيسي نوبة أو أكثر من الاكتئاب الرئيسي والتي يمكن التفرقة بينها وبين نمط أداء ألفرد المعتاد ، بينما يتصف اضطراب الديستميا بالأزمان chronically ــ كونه مزمن ــ وأعراض اكتئابية أقل شدة والتي تتواجد لعدة سنوات. ولما كان اضطراب الديستميا يستمر لعدة سنوات، فإنه ربما لا يكون من السهل تمييز اضطراب المزاج من نمط أداء الفرد المعتاد.

- إن الأعراض الاكتئابية يمكن أن تكون مظاهر مصاحبة للاضطرابات الذهانية المزمنة (اضطراب الفصام الوجداني، الفصام، اضطراب الضلالة) ولذلك لا يمكن عمل تشخيص منفصل باضطراب الديستميا، إذا حدثت الأعراض فقط خلال فترة الاضطراب الذهانى.

- لابد من التفرقة بين اضطراب الديستميا وبين اضطراب المزاج الراجع للحالة الصحية العامة. إن التشخيص يكون باضطراب المزاج الراجع إلى حالة صحية عامة مع مظاهر اكتئابية، إذا تم الحكم على المزاج بوصفه الناتج الفسيولوجي المباشر لحالة طبية عامة محددة عادة ما تكون مزمنة.

- ويجب التفرقة بين اضطراب المزاج الراجع لاستخدام للعقاقير وبين اضطراب الديستميا على أساس حقيقة أن العقاقير (إساءة استخدام العقاقير، الأدوية، أو التعرض للتسمم) تعتبر مرتبطة باضطراب المزاج.

- هناك شواهد عديدة للتواجد المشترك بين اضطراب الديستميا واضطرابات الشخصية. فعندما يقابل تشخيص الفرد اضطراب الديستميا، واضطراب الشخصية، لابد من إعطائه كلاالتشخيصين.

مظاهر واضطرابات يمكن أن تتواجد مع اضطراب الديستميا:-

١- المظاهر المصاحبة لاضطراب الديستميا مشابهة لتلك المصاحبة لنوبة الاكتئاب الرئيسى .

٢- أوضحت العديد من الدراسات، أن أكثر الأعراض المصاحبة لاضطراب الديستميا ربما تكون: مشاعر بعدم الكفاءة، فقدان معظم الاهتمامات والمتع، الانسحاب الاجتماعي ، مشاعرالذنب، أو الحنين إلى الماضي، مشاعر ذاتية بالتهيج والاستثارة ، أو غضب مبالغ فيه، وانخفاض في النشاط، والإنتاجية.

٣- في اضطراب الديستميا، نجد أن أعراض الإجهاد (النوم، الشهية، تغير في الوزن والأعراض النفسية الحركية) تظهر بشكل أقل من المعتاد عما لدى المرضى بنوبة الاكتئاب الرئيسي.

٤- ربما يتصاحب اضطراب الديستميا باضطرابات الشخصية، البينية، والنرجسية واضطراب التكلف أو التصنع histrionic والشخصية الإنسحابية واضطراب الشخصية المعتمدة ومع ذلك، فإن تقييم مظاهر اضطراب الشخصية يكون صعبا بالنسبة لهؤلاء الأفراد وذلك لأن أعراض المزاج المزمن ربما تساهم في مشاكل بينشخصية أو تكون مصاحبة بادراك مشوه للذات.

٥- ربما يصاحب اضطراب الديستميا اضطراب الاعتماد على العقاقير، أو ضغوط نفسية مزمنة لدى البالغين؛ ولدى الأطفال ربما يتصاحب اضطراب الديستميا مع اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، واضطراب المسلك، واضطراب القلق، واضطراب التعلم والتأخر العقلي.

٣- تشخيص اضطرابات التوافق Adjustment Disorders

*- إن المظهر الرئيسي لاضطرابات التوافق هو ظهور أعراض انفعالية أو سلوكية واضحة اكلينيكيا كاستجابة لضغط أو ضغوط نفسية.

محكات تشخيص اضطراب التوافق:-

أ- نمو أعراض انفعالية أو سلوكية كرد فعل لمصدر ضغط محدد أو مصادر ضغط محددة ، يحدث خلال ثلاثة أشهر من بداية حدوث مصدر الضغط.

ب- إن الأعراض الانفعالية أو السلوكية دالة إكلينيكية كما يتضح بأي مما يلي:-

١- كدر أو ضيق واضح يتعدى ما يمكن توقعه من التعرض لمصدر الضغط.

٢ – عجز واضح في الأداء الاجتماعي أو المهني أو التعليمي.

جـ- لا ينطبق على هذه الاختلالات disturbances المرتبطة بالضغط محكات لضطرابات أخرى، أو إنها ليست تضخيم أو زيادة أو استعجال exacerbation لاضطرابات أخرى.

د- لا تمثل الأعراض حالة فقدان أو خسارة أو حرمان.

هـ- لا تبقى الأعراض بعد انتهاء مصدر الضغط (أو توابعه) لأكثر من ٦ أشهر إضافية.

التشخيص الفارقى لاضطرابات التوافق :

تعتبر اضطرابات التوافق رد فعل لضغط معروف أو محدد، ولا ينطبق عليها أي محك لاضطراب آخر. ومثال ذلك إذا كان الفرد لديه أعراض تنطبق عليها محكات نوبة الاكتئاب الرئيسي كرد فعل لمصدر ضغط، فإن تشخيص اضطراب التوافق مع اكتئاب لا ينطبق عليه.

يمكن تشخيص اضطراب التوافق بالإضافة إلى اضطرابات أخرى فقط، إذا كان الاضطراب الآخر غير مسئول عن الأعراض المحددة التي تحدث كرد فعل للضغط. مثال ذلك، فقد يعانى الفرد من اضطراب توافق مع اكتئاب بعد خسارته العمل، وفى نفس الوقت كان مشخصا باضطراب الوسواس القهري.

لابد من التفرقة بين اضطراب التوافق وبين اضطرابات الشخصية، فاضطرابات الشخصية عادة ما تتضاعف أو تزداد كرد فعل للضغوط، ولكن في هذه الحالة لا يمكن استخدام اضطراب التوافق، ومع ذلك، لو ظهرت أعراض لا تصف أصلا اضطراب الشخصية كرد فعل لضغط (مثل أن يظهر شخص مصاب باضطراب الشخصية البرانودية مزاج اكتئابي كرد فعل لخسارة العمل) فقد يكون مناسبا إضافة تشخيص اضطراب التوافق في هذه الحالة.

لابد من التفرقة بين اضطراب التوافق واضطراب ضغط ما بعد الصدمة واضطراب الضغط المزمن، فالاضطرابات الثلاثة تتطلب وجود مصدر ضغط نفسي، إلا أن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة واضطراب الضغط المزمن يتصفا بوجود مصدر ضغط حاد وقوى، ومجموعة محددة من الأعراض، بينما على العكس يمكن ظهور اضطراب التوافق بواسطة مصدر ضغط من أي درجة شدة، وربما يتضمن مدى واسع من الأعراض المحتملة.

يتم التفرقة بين لضطرابات التوافق وبين حالة: عوامل نفسية مؤثرة في الحالة الطبية، حيث في الاضطراب الأخير يوجد أعراض محددة نفسية أو سلوكيات أو غير ذلك من العوامل تزيد أو تفاقم من الحالة الطبية العامة، أو تعقد من علاج حالة طبية عامة أو تزيد خطر نمو حالة طبية بينما الوضع فى اضطراب التوافق ، فإن العلاقة عكسية (إن الأعراض النفسية تنمو نتيجة لضغط الإصابة بتشخيص حالة طبية عامة). ويمكن أن يحدث كلا الظرفين في فرد واحد.

لابد من التفرقة بين اضطراب التوافق وحالة العوز (الحاجة) أو الفقدان، والحالة الأخيرة أحيانا ما يشخصها البعض بدلا من اضطراب التوافق عندما يكون رد الفعل استجابة مقبولة مثلا

لموت عزيز. إلا أن التشخيص باضطراب التوافق ربما يكون مناسبا عندما يتعدى رد الفعل، أو عندما يطول رد الفعل أكثر مما هو متوقع.

مظاهر واضطرابات يمكن أن تتواجد مع اضطراب التوفق:

أن الكدر أو الضيق الذاتي أو العجز في الأداء الذي يصاحب اضطراب التوافق، عادة ما يظهر كانخفاض في الأداء في العمل أو الدراسة، وتغير مؤقت في العلاقات الاجتماعية.

ترتبط اضطرابات التوافق بالزيادة في محاولات الانتحار.

أن وجود اضطراب التوافق يعقد من حالة المرض لدى الأفراد الذين لهم حالة مرضية

عامة.

٣- أ-اضطراب توافق مع مزاج اكتئابي Adjustment Disorder with Depressed Mood

ويستخدم تشخيص اضطراب توافق مع مزاج اكتئابي عندما تكون المظاهر المهيمنة عبارة عن أعراض : مزاج اكتئابي، البكاء، أو مشاعر اليأس.

٣- ب- اضطراب توافق مع خليط من القلق و الاكتئاب

Adjustment Disorder with mixed Anxiety & depressed Mood

يجب استخدام هذا النمط الفرعي عندما يكون المظهر المسيطر عبارة عن تركيبة من أعراض القلق والاكتئاب.

٤ - أنواع أخرى من الاكتئاب كانت ولازالت قيد البحث منذ صدور الدليل التشخيصي والاحصائى عام ١٩٩٤ وعام ٢٠٠٠

أ- اضطراب الاكتئاب الفرعي أو الأصغر Minor .

ب- اضطراب اكتئاب قصير متكررRecurrent brief .

جـ - اضطراب الشخصية المكتئبة .Personality depressive

٤- أ- اضطراب الاكتئاب الفرعي أو الأصغر :

*- إن المظهر الرئيسي: نوبة أو أكثر من الأعراض الاكتئابية والتي تماثل فى الدوام نوبة الاكتئاب الرئيسي، إلا أنها تتضمن أعراض أقل وعجز أقل.

محكات تشخيص اضطراب الاكتئاب الفرعى أو الأصغر

أ- اضطراب فى المزاج، يعرف كالآتي :

١ - على الأقل عرضين (ولكن أقل من خمسة أعراض) من الأعراض التالية قد تتواجد خلال فترة أسبوعين وتمثل تغييرا عن التوظيف السابق ، و على الأقل عرضا واحد (أ) أو (ب)

أ- مزاج اكتئابي أغلب الأيام وتقريبا كل يوم، كما يظهر أما من التقرير الذاتي أو ملاحظين خارجين(وفى الأطفال والمراهقين، يمكن أن يكون هذا العرض عبارة عن تهيج أو تعصب irritable).

ب- فقدان واضح للاهتمامات والتمتع في كل أو أغلب الأنشطة أغلب اليوم، تقريبا كل يوم.

جـ- نقصان واضح في الوزن غير راجع للمحاولات المقصودة لإنقاص الوزن، أو زيادة في الوزن ، التغير أكثر من ٥% في وزن الجسم في خلال شهر.

د - أرق أو زيادة في النوم.

هـ- تهيج أو نقص نفسي ـ حركي تقريبا كل يوم.

و- الإجهاد أو فقدان الطاقة تقريبا كل يوم.

ز- مشاعر بفقدان القيمة أو مشاعر مبالغ فيها بالذنب ــ التي ربما تكون ضلالية ــ تقريبا كل يوم ــ وليست مجرد التقليل من شأن الذات أو الشعور بالذنب من كون الفرد مريضا.

حـ- نقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد تقريبا كل يوم.

ط- أفكار متكررة عن الموت (ليست مجرد الخوف من ألموت) تفكير متكرر في الانتحار، بدون خطط محددة، أو محاولات انتحار، أو خطط محددة للانتحار.

٢- تسبب الأعراض كدرا اكلينيكيا واضحا أو عجز في مجالات الأداء الاجتماعي ، المهني أو غير ذلك من المجالات.

٣- لا ترجع الأعراض إلى التأثيرات المباشرة الفسيولوجية لعقار (إساءة استخدام العقاقير، أو استخدام العقاقير) أو أي حالة طبية عامة (اضطراب في الغدة الدرقية).

٤- لا ترجع الأعراض إلى فقدان (رد فعل طبيعي لموت عزيز أو غالى).

ب- لم يحدث إطلاقا أي نوبة اكتئاب رئيسي، ولا ينطبق على الاضطراب محك اضطراب الديستميا.

جـ- لم تتواجد نوبات هوس، أو نوبة مختلطة، أو نوبة هوس خفيف، كما لا ينطبق على الاضطراب محك الاضطراب الدوري.

د- لا يحدث اضطراب المزاج فقط خلال اضطراب الفصام، أو اضطراب فصامى الشكل.

** وجد أنه فى حوالي ١٩ % من حالات اضطراب الاكتئاب الفرعي أو الأصغر تتحول إلى اضطراب اكتئاب رئيسي في خلال ١٥ عام ، وأن نسبة النساء إلى الرجال في هذا التحول تساوى حوالي ضعفي نسبة الذكور(ABA online) .

التشخيص الفارقى لاضطراب الاكتئاب الفرعي أو الأصغر :

- **اضطراب توافق مع مزاج اكتئابي :** فالمعيار الموضوع للاكتئاب الفرعي أو الأصغر ربما ينطبق على اضطراب توافق مع مزاج اكتئابي، إلا أن الاضطراب الأخير يحدث كرد فعل لمصدر ضغط نفسي .

- **نوبة الاكتئاب الرئيسي:** لابد من التفرقة بين نوعى الاضطراب و ذلك بناء على العدد المطلوب من الأعراض في كل منها (من ٢-٤عرضا في الاكتئاب الفرعي، بينما في نوبة الاكتئاب الرئيسي لابد من وجود خمسة أعراض على الأقل منها عرض المزاج الاكتئابي أو عرض فقدان الاستمتاع أو الاهتمام أو كلاهما).

- إن اضطراب الاكتئاب الفرعي المقترح لا يجب استخدامه في حالة وجود تاريخ لنوبة اكتئاب رئيسي ، أو نوبة هوس أو نوبة مختلطة أو نوبة هوس خفيف أو إذا انطبق على الاضطراب محك اضطراب الديستميا أو الاضطراب الدوري.

- لا بد من التفرقة بين اضطراب الاكتئاب الفرعي أو الأصغر المقترح و بين فترات الحزن العادية التي تعتبر مكون أساسي للحياة اليومية. فان هذا الاضطراب يشترط أن الأعراض الاكتئابية لابد أن تتواجد في أغلب اليوم، تقريبا كل يوم وعلى الأقل لمدة أسبوعين، و لابد أن تسبب الأعراض الاكتئابية كدرا إكلينيكيا واضحا أو عجز.

- لابد من التفرقة بين هذا الاضطراب المقترح و بين حالات الفقدان لشخص عزيز أو صديق(إلا لو انطبق عليها محكات نوبة الاكتئاب الرئيسي).

- لابد من التفرقة بين هذا الاضطراب المقترح و بين اضطراب المزاج الراجع إلى استخدام العقاقير، على أساس أن الأعراض الاكتئابية في الاضطراب الأخير ترجع في الأساس إلى التأثيرات الفسيولوجية لإساءة استخدام العقاقير.

- يفرق بين هذا الاضطراب المقترح وبين اضطراب المزاج الراجع إلى الحالة الطبية العامة، حيث أن الأعراض الاكتئابية في الاضطراب الأخير ترجع في الدرجة الأولى إلى التأثيرات المباشرة للحالة الطبية العامة (مثل اضطراب في الغدة الرقية مثلا).

٤- ب- اضطراب الاكتئاب القصير المتكرر Recurrent Brief Depressive Disorder

*إن المظهر الأساسي لهذا الاضطراب المقترح هو نوبات من الأعراض الاكتئابية القصيرة و التى تماثل نوبات الاكتئاب الرئيسي في العدد و الشدة إلا أنها لا ينطبق عليها مطلب المدة الزمنية أسبوعان.

محكات تشخيص اضطراب الاكتئاب القصير المتكرر:-

- محك نوبة الاكتئاب الرئيسي ما عدا الدوام أو المدة.
- نوبات الاكتئاب في المحك السابق تستمر على الأقل يومين ولكن يجب أن تكون أقل من أسبوعين.
- تحدث نوبات الاكتئاب مرة على الأقل في الشهر لمدة ١٢ شهر متصلين ولا تكون مصاحبة مع الدورة الشهرية .
- فترات المزاج الاكتئابي تسبب كدرا اكلينيكيا دالا أو عجز في مجالات الأداء الاجتماعي، المهني أو غير ذلك من المجالات.
- لا ترجع الأعراض للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة للعقاقير (إساءة العقاقير أو عقاقير علاجية) أو إلى الحالة الطبية العامة (اضطراب الغدة الدرقية).
- لم يسبق تواجد نوبات اكتئاب رئيسي ، ولا تنطبق محكات اضطراب الديستميا.
- لم تتواجد نوبات هوس، أو هوس خفيف، أو نوبات مختلطة ولا تنطبق محكات الاضطراب الدوري.
- اضطراب المزاج لا يحدث فقط exclusively خلال اضطرابات: الفصام، أو فصامى الشكل، أو الفصام الوجدانى، أو الاضطراب الضلالى أو اضطراب ذهانى لم يتحدد بعد.

التشخيص الفارقى لاضطراب الاكتئاب القصير المتكرر:

– فى التشخيص الحالي للدليل التشخيصي والاحصائى الرابع، يشخص الأفراد الذين تنطبق عليهم محكات هذا الاضطراب على أنهم في فئة: اضطراب اكتئاب لم يشخص في مكان آخر.

– يتم التفرقة بين نوبة اضطراب الاكتئاب القصير المتكرر ونوبة الاكتئاب الرئيسي على أساس فترة الدوام duration. وحيث هي في نوبة اضطراب الاكتئاب القصير المتكرر من يومين إلى ١٣ يوم، بينما هي أسبوعان أو أطول في نوبة الاكتئاب الرئيسي.

– لا يمكن استخدام تشخيص اضطراب الاكتئاب القصير المتكرر في حالة وجود تاريخ بنوبة اكتئاب رئيسي أو هوس أو هوس خفيف أو نوبة مختلطة، أو إذا انطبق التشخيص على إنه حالة اضطراب دوري أو اضطراب ديستميا.

– يتم التفرقة بين نوبة اضطراب الاكتئاب القصير المتكرر وبين اضطراب المزاج الراجع إلى استخدام العقاقير وذلك ، بأن الأعراض الاكتئابية في الاضطراب الأخير ترجع إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإساءة استخدام عقار (كحوليات أو كوكايين) أو كتأثيرات ثانوية جانبية لأدوية (سترويد).

– يتم التفرقة بين نوبة اضطراب الاكتئاب القصير المتكرر وبين اضطراب المزاج الراجع للحالة الطبية العامة على أساس أن الأعراض الاكتئابية في الاضطراب الأخير ترجع إلى التأثيرات الفسيولوجية للحالة الطبية العامة (اضطراب الغدة الدرقية).

– لأن الأعراض الاكتئابية مظاهر عامة مصاحبة للاضطرابات الذهانية، فلا تأخذ هذه الأعراض تشخيص منفصل إذا ما وقعت فقط خلال اضطراب فصام، أو فصامى الشكل، أو اضطراب الفصام الوجداني، أو اضطراب الضلالة أو اضطراب ذهانى لم يحدد من قبل.

– يجب التفرقة بين نوبة اضطراب الاكتئاب القصير المتكرر واضطراب الشخصية البينية، وذلك لأنهما يتشاركا في بعض المظاهر (حيث يظهر كل من الاضطرابين أعراض اكتئابية قصيرة ومختصرة مثل الأفكار الانتحارية أو الحزن) إلا أنه في حالات وجود اضطراب الشخصية، واضطراب الاكتئاب القصير المتكرر معا، فلابد من الإشارة إليهما في تشخيص الحالة.

– إن العلاقة بين نوبة اضطراب الاكتئاب القصير المتكرر وغيره من فئات التشخيص المقترحة فى DSM-IV مثل: اضطراب الاكتئاب الفرعي Minor ، اضطراب الشخصية المكتئبة، واضطراب القلق ــ الاكتئاب المختلط وغير ذلك من اضطرابات الشخصية. غير معروفة، إلا انه ربما يكون هناك تداخل بينها .

مظاهر مصاحبة لاضطراب الاكتئاب القصير المتكرر:-

– إن نمط الاضطرابات المصاحبة ، شبيه بالاضطرابات المصاحبة لاضطراب الاكتئاب الرئيسي. فربما تتضمن الاضطرابات المصاحبة: اضطرابات مرتبطة بالعقاقير، واضطرابات

القلق.

- ربما تتبع النوبات نمط موسمي seasonal.
- يتكافأ الرجال مع النساء في المرور بخبرة نوبات الاكتئاب القصيرة المتكررة.
- السن الذي يبدأ فيه هذا الاضطراب..المراهقة.
- تعتبر محاولات الانتحار أكثر التعقيدات الخطيرة لهذا الاضطراب.

٤- جـ- اضطراب الشخصية المكتئبة Depressive Personality Disorder

المظهر الأساسي لهذا الاضطراب المقترح هو نمط شامل من الأفكار cognitions الاكتئابية والسلوكيات التى تبدأ في بداية الرشد والتي تحدث في العديد من المجالات.

محكات تشخيص اضطراب الشخصية المكتئبة:

- نمط شامل من الأفكار الاكتئابية والسلوكيات بدءا من مرحلة الرشد المبكرة ويظهر في العديد من المجالات، كما يتضح بخمسة أو أكثر مما يلي:-
- المزاج عادة ما يسيطر عليه الغم والكآبة والحزن وعدم البهجة وعدم السعادة.
- يدور مفهوم الذات حول معتقدات بعدم الكفاءة، وعدم القيمة، وانخفاض في تقدير الذات.
- يكون الفرد ناقدا، ولواما ويحتقر ذاته.
- يتصف الفرد بالسكون والتقوقع والانشغال.
- يتصف بالسلبية والخلفة، ونقد وتقييم الآخرين.
- يتصف بالتشاؤم.
- يتصف بالميل لمشاعر الذنب أو الندم.

ب- لا يحدث هذا الاضطراب فقط خلال نوبات اكتئاب رئيسي، ولا يرجع إلى اضطراب الديستميا.

التشخيص الفارقى لاضطراب الشخصية المكتئبة: -

- حتى الآن في الدليل التشخيصي و الاحصائى الرابع للاضطرابات العقلية، يشخص هؤلاء الأفراد على أنهم من ذوى اضطراب الشخصية الذي لم يحدد في مكان آخر.

- لا يزال هناك خلاف حول ما إذا كان يجب التفرقة بين اضطراب الشخصية المكتئبة واضطراب الديستميا أم لا ؟ أن محكات التشخيص التي أعطيت لهذا الاضطراب تختلف عن محكات تشخيص اضطراب الديستميا وذلك بتركيزها ــ الاضطراب الأول ــ على سمات معرفية وبينشخصية و شخصية.

– لا يؤخذ هذا الاضطراب في الاعتبار، إذا كانت الأعراض ترجع بشكل أفضل لاضطراب الديستميا، أو إذا كانت الأعراض تحدث فقط خلال نوبات اكتئاب رئيسي.
– يختلف اضطراب الشخصية المكتئبة عما يطلق عليها السمات الاكتئابية العادية (عدم السعادة، التشاؤم، نقد الذات، والقابلية للشعور بالذنب) وذلك، لأن النمط في الاضطراب الأول شامل و طاغي ويسبب كدرا واضحا أو عجزا في الأداء الاجتماعي والمهني.
– ربما يكون هناك تداخل دال بين هذا الاضطراب والاضطراب الفرعي أو الأصغر Minor والاكتئاب القصير المتكرر Recurrent Depressive Disorder واضطراب الاكتئاب – القلق المختلط.

مواصفات مصاحبة لاضطراب الشخصية المكتئبة

– ربما يكون هؤلاء الأفراد هادئين، منطويين، سلبيين، وغير توكيدين، ويفضلون أن يكونوا أتباعا للآخرين أكثر من أن يكونوا قادة.

– هذا النمط من الشخصية ربما يحدث بنسبة متكافئة لدى النساء والرجال.

– ربما يهيئ هذا الاضطراب الفرد لأن ينمو لديه اضطراب الديستميا أو اضطراب الاكتئاب الرئيسي وهذه الحالات ربما توجد على متصل.. يكون فيه اضطراب الشخصية المكتئبة البداية المبكرة، ويستمر على شكل شبه سمة للاضطرابات الوجدانية.

– تؤكد الشواهد الأولية، بأن اضطراب الشخصية المكتئبة ربما يزداد شيوعا في أعضاء الأسر التي فيها اضطراب الاكتئاب الرئيسي والعكس أيضا، ربما يحدث اضطراب الاكتئاب الرئيسي بتكرار أكثر في أفراد العائلة التى لديها احتمالات أكثر لاضطراب الشخصية المكتئبة، والذين لا يكونون هم أنفسهم مصابين باضطراب الاكتئاب الرئيسي.

III– نسبة انتشار الاعراض والاضطرابات الاكتئابية:

يُعتبر الاكتئاب أحد فئات الاضطرابات الوجدانية والتي تُعتبر بدورها أكثر الأمراض النفسية انتشاراً وشيوعاً وهى بالتالي مسئولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين آلاف من أفراد أي شعب من الشعوب، ويمكن القول بأن ٥٠–٧٠ % من محاولات الانتحار التي تنتهي بالموت بين المجموع العام تكون بسبب الاكتئاب (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨، ص٣٥١). وأيضا فإن تقريبا ١٥–٢٠ % من المرضى بالاضطرابات الوجدانية سوف يموت حتما eventually بالانتحار (WHO online)

ويرى أحمد عكاشة (في المرجع السابق، ص ٣٥٢) أنه على ما يبدو فـإن الأمراض الوجدانيـة تنتشر بين أفراد الشعب بنسبة تتراوح ما بين ٥–٦% بغض النظر عن مستوى التحضر أو الجهة الجغرافية. وقد دلت إحصائيات هيئة الصحة العالمية في عام ١٩٨٨ على أن نسبة الاكتئاب فى العالم تصل إلى ٥%. إلا أنه يجب التفرقة بين أعراض الاكتئاب والتي تعتبر أكثر انتشاراً، وبين

اضطراب الاكتئاب، حيث لا تشكل الأعراض مرضاً، ولكن تُعتبر هذه الأعراض تفاعلاً للظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية؛ إلا أن إهمالها قد يحولها إلى لضطرابات اكتئابية مزمنة.(يلاحظ نوع الاكتئاب المقترح فى الدليل التشخيصى و الاحصائى الرابع بأسم الاكتئاب الفرعى أو الأصغر والذى يجعلنا نشخص الحالة بالاكتئاب فى حالة اتصاف الفرد بعرضين فقط ولكن أقل من خمسة أعراض على أن ينطبق محك المدة الزمنية وهى أسبوعين حد أدنى).

ويرى برندان برادلى (فى ليندزاى وبول- ترجمة صفوت فرج ٢٠٠٠، ص١٢٧) أن الاكتئاب يُعد إحدى الحالات النفسية الأكثر شيوعاً، وتفترض بعض الدراسات معدلات تتراوح بين ٢,٢ إلى ٣,٥ % لاضطراب الاكتئاب الرئيسي- بوصفه أحد فئات الاضطرابات الوجدانية- ويُعتبر الاكتئاب الذي لا يستوفى الشروط الكاملة للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل DSM-III-R أكثر شيوعاً، ويُقدر أن ما بين ٩% و٢٠% من مجموع السكان يعانون في وقت أو آخر على امتداد أعمارهم من أعراض جوهرية للاكتئاب؛ وقد قدرت الدراسات السابقة أن النساء اللاتي يعانين من أعراض إكلينيكية للاكتئاب أميل لأن يكن ضعف الرجال .

وفى مسح تم في الولايات المتحدة الأمريكية، ظهر أن واحداً من كل خمس أفراد – حوالي ١٩% – من المرجح أن يعانى من اضطراب في الوجدان خلال حياته؛ وأن حوالي واحداً من كل عشرة أفراد يعانى بالفعل من اضطراب الوجدان خلال العام السابق. (Zuckerman, 1999, p.159). ويُعتبر الاكتئاب الرئيسي هو أكثر أنماط الاضطرابات الوجدانية انتشاراً ، وحيث تصل نسبة انتشاره إلى ١٧% (من الاضطرابات الوجدانية). ويذكر نجرو (Negrao,1997,In Zuckerman,1999,p.159) بعض المعلومات من دراسة شملت عشرة بلدان باستخدام محك الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث DSM-III ؛ ومن هذه المعلومات، اتضح أن مدى شيوع الاضطرابات الوجدانية في هذه البلدان قد تراوح ما بين ١,٥% في تايوان إلى ١٩% فى بيروت، كما وجدت أيضاً نسب مرتفعة في باريس وفلورينسا ونيوزيلاند. وفى دراسة قام بها جاتر وآخرون (Gater et al, 1998, In Zuckerman,1999,p.159) وُجد أن مستويات شيوع نوبات الاكتئاب الرئيسي في خمس عشر دولة تصل في المتوسط إلى٧,١% للرجال و١٢,٥% للنساء. علاوة على ذلك فإن الدراسات تقترح أن زيادة حدوث الاكتئاب الأحادي لدى النساء مقارنة بالرجال لا يمكن إرجاعها إلى الظروف الاجتماعية المحلية للمرأة ، بل في الحقيقة، فإن ثلاث دول غربية – إنجلترا، فرنسا، نيوزيلاند- تُعتبر من بين الدول التى يوجد فيها نسبة عالية من الاكتئاب فى النساء (Ibid.,P.160). ويؤكد ديفسون ونيل (Davison., & Neal, 1998, p.227) على أن الاكتئاب الرئيسي يُعتبر أكثر

الاضطرابات النفسية انتشاراً بنسبة انتشار مقدارها ١٧% (من بين الاضطرابات النفسية) ، وأنه يوجد لدى النساء ضعف وجوده لدى الرجال، كما أنه أكثر حدوثاً لدى أفراد المجتمع من المستوى الاجتماعي- الاقتصادي المنخفض، ويوجد بدرجة أكبر لدى الراشدين الصغار.

وفـــى مصر، وجـــد أحمـــد وطارق عكاشة (أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص٣٥٢) أن نسبة الأمراض الوجدانية فى مصر تصل إلى ٢٤,٥% من جملة الاضطرابات العقلية ومن هذه النسبة، فإن حوالي ١٩,٧% من المرضى يعانون الاكتئاب التفاعلى .

ترتيب الاضطرابات الاكتئابية بين الامراض المختلفة التي تؤدي الى عجز فى الانتاجية:

يعنى مصطلح العبء الكلى أو العام للمرض Global burden of disease (GBD) ما يؤدى إليه هذا المرض من عجز في القوى البشرية ونسبة الوفيات في المجتمع العام. ويستخدم هذا المصطلح في المحل الأول بواسطة منظمة الصحة العالمية WHO. وقد أوضحت الدراسات التي استبعدت نسبة الوفيات من العبء العام أو الكلى للأمراض على مستوى العالم مكتفية فقط بنسبة العجز التي يؤدى إليها١٠٧ مرضا رئيسيا، أن الاضطرابات النفسية كان ترتيبها فى المقدمة ويماثل ترتيب الأمراض القلبية والأمراض التنفسية فيما تؤدى إليه من عجز في القوى البشرية، بينما كانت الاضطرابات الاكتئابية بوصفها فئة تشخيصية واحدة في مقدمة الأسباب المؤدية للعجز في العالم(Ustun., & Kessler, 2002, P .181)

وفى دراسة أخرى أكثر حداثة تبنتها منظمة الصحة العالمية للعبء العام أو الكلى تناولت عشرة أمراض رئيسية فقط عام ٢٠٠٢، وقورنت فيها نسبة العجز المترتبة على هذه الأمراض، احتل اضطراب الاكتئاب الأحادى المرتبة الأولى لدى النساء، بنسبة عجز مقدارها ٨,٤% سنة عجز في الحياة، وبالنسبة للرجال احتل اضطراب الاكتئاب الأحادى المرتبة الرابعة بنسبة عجز مقدارها ٤,٨% سنة عجز في الحياة، وحيث تقدم عليه في المرتبة الأولى مرض فقدان المناعة، وفي المرتبة الثانية أمراض القلب وفي المرتبة ألثالثة مرض السكتة الدماغية. (WHO, 2005)

وتقدم نتائج هذه الدراسات دعما قويا للقائمين بالعمل في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية، وذلك لأنها توضح الخسارة في الإنتاجية البشرية التي ترجع إلى الاضطرابات النفسية بوجه عام والى الاضطرابات الاكتئابية بوجه خاص.

IV- عوامل خطر الإصابة بالاضطرابات الاكتئابية

- :-

ــ يعتبر الجنس من أكثر عوامل الخطر المتفق عليها في المجال، سواء في الدراسات الوبائية أو الدراسات الإكلينيكية. سواء لدى الراشدين أو المراهقين (ولكن ليس لدى الأطفال)، وذلك أن كون الفرد أنثى يجعلها معرضة للإصابة بالاكتئاب ضعفي أو ثلاثة أضعاف الرجل.

وتنقسم التفسيرات التى عرضت للفروق بين الجنسين فى الاكتئاب إلى قسمين رئيسيين يمثلان رأيين متعارضين، **فالرأى الأول** يرى أصحابه أن هذه الفروق الجنسية فى الاكتئاب ما هى إلا فروق مصطنعة مرجعها الى: أ- إدراك النساء لضغوط وتغيرات الحياة واستجاباتهن العاطفية الانفعالية لهذه

الضغوط . ب- استعدادهن للإفصاح والاعتراف بأعراضهن الوجدانية. ج- زيادة نسبة النساء بالنسبة للرجال اللاتى يذهبن إلى الأطباء والعيادات الطبية طلبا لأنواع المساعدة الطبية المختلفة.

أما أصحاب **الرأى الآخر**، فإنهم يرون أن الفروق بين الجنسين فى الاكتئاب تمثل ظاهرة حقيقية يرجعونها إلى أ- الحساسية البيولوجية للمرأة والتى ترجع إلى اختلافات أو فروق بيولوجية أو هرمونية أو إلى ب- أسباب اجتماعية - مثل التفرقة الأزلية بين الجنسين - أو إلى جـ- أسباب نفسية أو إلى د- التغيرات الحديثة فى دور المرأة فى المجتمع.

أولا : الرأى الذى يرى أن الفروق بين الجنسين فى الاكتئاب فروق مصطنعة :

يذهب **التفسير الأول**، الذى يرى أصحابه بأن الفروق الجنسية فى الاكتئاب فروق مصطنعة artifact أو زائفة إلى أن هذه الفروق ترجع إلى الفروق بين الجنسين فى الدخل income وليس فى النوع gender ويذهب أصحاب هذا التفسير إلى أن كل الدلائل تشير إلى أن دخل المرأة دائماً أقل من دخل الرجل وأن المرأة أيضاً لا تحصل على ما يحصل عليه الرجل من تعليم، وعلى هذا فإن الفروق بين النساء والرجال فى الاكتئاب إنما تعود إلى فروق فى المكانات الاجتماعية والاقتصادية لكل منهما.

أما **التفسير الثانى** والذى يرى أصحابه أن الفروق الجنسية فى الاكتئاب فروق مصطنعة أو زائفة، فإنه يذهب إلى أن هذه الفروق مرجعها التحريف فى التعبير أو الإفصاح عن الاكتئاب reporting biases . بمعنى أن الفروق الجنسية فى الاكتئاب إنما تنتج من عدم استعداد الرجال للاعتراف بالأعراض الاكتئابية أو السعى طلبا للمساعدة منها (Padesky & Hammen, 1977, Phillips, & Segal, 1969. Cited In Nolen - Hoeksema, 1987, p. 266) ويرى أصحاب هذا التفسير أن كلا من النساء والرجال يخبرون مشاعر اكتئابية بطريقة متساوية لا خلاف فيها وبنفس الدرجة، ولأن الأعراض أو المشاعر الاكتئابية تدرك أو ينظر إليها على أنها مرتبطة بالأنوثة، فإن الرجال يكونون أقل استعداد للاعتراف بها.

ويرى أصحاب **التفسير الثالث** فى اصطناعية الفروق بين الجنسين فى الاكتئاب وعدم وجودها حقيقة إلى أن المرأة تدرك وتعترف وتصرح، وتسعى فى طلب المساعدة فى حالة الضغوط وفى حالة وجود أى مشاكل بطريقة تختلف عن الرجل، وأن هذه العوامل السابقة هى التى تقف وراء الفروق الجنسية فى الاكتئاب ، أو بمعنى آخر فإن أصحاب هذا التفسير يرون أن نمط الاستجابة وعمليات وصفية أو تمييزية بين النساء والرجال هي التي تقف وراء تضخيم نسبة النساء فى الاكتئاب(Weissman & Klerman, 1979 p.392) .

أما أصحاب **التفسير الرابع** والذى يرى أصحابه أن الفروق الجنسية فى الاكتئاب فروق مصطنعة فإنهم يرجعون هذه الفروق إلى نوعية الأعراض kinds of symptoms ، وتبعاً لهذا التفسير فإن كلا من النساء والرجال معرضون بالتساوي للمشاعر الاكتئابية والأعراض الاكتئابية، إلا أن الاكتئاب لدى الرجال يأخذ شكل التعبير الصريح الواضح الفعلي acting out بدلا من أعراض الحزن السلبية، البكاء ، والتى تمثل الأعراض الشائعة للاكتئاب والتى تغطيها المقاييس المستخدمة

لقياس هذا الاضطراب (Nolen - Hoeksema, 1987, p. 266) وبشكل أكثر تحديدا فإن أصحاب هذا التفسير يرون أن ما يساوى أو يعادل الاكتئاب فى النساء لدى الرجال هو إدمان الرجال للخمر (أو غير ذلك). (Winokur & Clayton 1967, Cited In Nolen - Hoeksema, 1987, p. 267) ويدلل أصحاب هذا التفسير على رأيهم بأنه قد تم تشخيص عدد من الرجال يساوى ضعف عدد النساء كحالات إدمان خمر (Williams & Spitzer, 1973) ويقترحون بأن نسبة مدمنى الخمر من الرجال تعوّض غياب الاكتئاب لديهم أو انخفاض نسبته بينهم. ويدعمون رأيهم، بأنه فى المجتمعات التى تحرم الخمر مثل مجتمع الآميش Amish، لم توجد فروق بين الجنسين فى الاكتئاب. كما أن العديد من الدراسات قد أشارت إلى وجود أعراض اكتئابية عديدة لدى مدمني الخمر من الرجال. مما دفع بأصحاب هذا التفسير إلى القول، بأن الاكتئاب وإدمان الخمر مرتبطان وراثياً ببعضهما، مع ارتباط المظاهر الاكتئابية بكروموسومات النساء وارتباط إدمان الخمر بكروموسومات الرجال (Winokur & Clayton, 1971, Cited In Nolen - Hoeksema, 1987, P. 267) ويرى أصحاب هذا التفسير أيضاً، أن كلاً من الاكتئاب وإدمان الخمر اضطرابان مختلفان ولكنهما متكافئان، فالنساء تصاب بالاكتئاب، أما الرجال فإنهم يترددون فى الاعتراف بأنهم مكتئبون، ويترددون أيضاً، فى طلب المساعدة، ويتخففون mitigate من هذه المشاعر الاكتئابية بإدمان الخمر، وهم بذلك و كأنهم يقومون بعلاج أنفسهم بأنفسهم.

ويرى وينوكر وكلايتون أن العوامل البيئية ربما تجعل من الصعب على النساء أن يشربن الخمر، أو أن يشربن الخمر بكثافة مثلما يفعل الرجال. ويريا بأن كلا من الاكتئاب وإدمان الخمر يعتبران وسيلتين مختلفتين للتعبير عن اضطراب واحد (Weissman & Klerman, 1979, p. 395).

ويشير أصحاب هذا التفسير للفروق الجنسية فى الاكتئاب، بأن العديد من الرجال الذين تم علاجهم من إدمان الخمر، قد أظهروا أعراضا اكتئابية. كما أن العديد من الدراسات أظهرت أن ألاعراض الاكتئابية عادة ما تتواجد لدى المدمنين وبدرجات تتفاوت ما بين ٣٥% و ٥٣%) (Ibid., p.396)

ثانيا : الرأى الذى يرى أن الفروق بين الجنسين فى الاكتئاب فروق حقيقية :

هناك عدة تفسيرات تم طرحها للفروق بين الجنسين فى الاكتئاب، ويمكن وضع هذه التفسيرات فى فئات أربع. **الفئة الأولى** من التفسيرات تقوم على أساس الخصائص البيولوجية الهرمونية التى تختص بها النساء وتجعلهن أكثر حساسية للعديد من الاضطرابات العقلية وفى مقدمتها الاكتئاب. **أما الفئة الثانية** من التفسيرات فتقوم على معطيات التحليل النفسى فيما يتعلق بالنمو النفسى – الجنسى للمرأة، وكيف أن هذا النمو يؤهلها بدرجة أكبر للإصابة بهذا الاضطراب. **أما الفئة الثالثة**

فهى تفسيرات ذات أساس نفسى – اجتماعى تركز على تأخر المكانة الاجتماعية للمرأة وعلى الأدوار الاجتماعية الجنسية sex roles وما تتركه من آثار فى حياة كل من الجنسين. **والفئة الرابعة** من التفسيرات هى تلك التى تقوم على اختلاف أنماط الاستجابة بين الجنسين لحالات الاكتئاب .

١ – التفسيرات البيولوجية للفروق بين الجنسين فى الاكتئاب :

احتلت هذه الفئة من التفسيرات كثيراً من اهتمام الباحثين فى جميع المجالات، كما تم إجراء العديد من الأبحاث حول الأساس البيولوجى الهرمونى للفروق الجنسية فى الاكتئاب. وتقوم مجموعة التفسيرات البيولوجية على النتائج التى توصلت إليها دراسات شيوع وانتشار اضطراب الاكتئاب والتى أوضحت أن الفروق بين الجنسين فى الاكتئاب – بتفوق المرأة– هى فروق عالمية، بمعنى أنها توجد فى كل الثقافات، وهذا يعنى أن زيادة حساسية أو استهداف المرأة للاكتئاب يرجع إلى خصائص بيولوجية تختص بها المرأة ككائن حى فى كل مكان.

وقد تم عرض مجموعتين من التفسيرات البيولوجية للفروق بين الجنسين فى الاكتئاب، يقوم **التفسير البيولوجي الأول** على أساس الشواهد التى توضح أن المرأة معدة أو مهيئة للاكتئاب، أو أن تكون عرضة للإصابة به فى فترات معينة من حياتها ترتبط بوجود تغيرات فى مستويات الهرمونات وخاصة هرمونى الاستروجين estrogen والبروجستيرون progesterone وغيرهما من الهرمونات ويقوم **التفسير البيولوجى الثانى** للفروق بين الجنسين فى الاكتئاب على أساس إرجاع ارتفاع معدل الاكتئاب لدى النساء إلى وجود استعدادات وراثية لديهن للإصابة بهذا الاضطراب، وتبعاً لهذا التفسير فإن المرأة تعتبر أكثر قابلية وعرضة لأن ترث الاضطراب لأن الخلل الوراثى الذى يؤدى إليه مرتبطاً بطريقة ما بالكروموسوم X والذى يحدد الجنس.

٢ – تفسيرات تقوم على معطيات التحليل النفسى :

يذهب فرويد إلى أن شخصية المرأة البالغة سواء كانت سوية أو عصابية تتصف بالنرجسية و المازوخية و انخفاض فى تقدير الذات و الاعتمادية و عدوانية مكبوتة ، وذلك كنتيجة لحل الفتاة الصغيرة للصراع الاوديبى (Weissman & Klerman , 1979,p.409) ويرى أصحاب نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية أن النساء لذلك أكثر عرضة من الرجال للاكتئاب و ذلك لطبيعة بناء شخصياتهن والذي ينتج من النمو النفسي–الجنسي. فخلال المرحلة الاوديبية تدرك الفتاه أنها وكل الفتيات قد حرمن من كل القوى و المكانات التى تصاحب كون الفرد ذكرا . إن إدراك الفتاه هذا يؤدى بها إلى أن تكون عدوانية تجاه أمها بسبب هذا الحرمان ، كما يقلل بشكل هائل من تقديرها لذاتها وينمى لديها حقدا هائلا تجاه والدها و كل الرجال . إن تثبيت الفتاة على أبيها والذي يمثل شكلا لعلاقة الحب فيما بعد مع الرجال– يمثل علاقة ضعيفة قائمة على حب نرجسي أكثر من قيامها على الارتباط أو التعلق بموضوع ، وذلك لأن الفتاة مدفوعة نحو هذه العلاقة بالرغبة فى استعادة جزء من ذاتها تشعر أنها قد فقدته . إن هذا الاتجاه نحو علاقة حب نرجسية ، هو الذى يجعل المرأة أكثر عرضة من الرجل للاكتئاب . أن المرأة تنظر إلى الرجل ليعَّوض ما خسرته ولكنها لا محال سوف يخاب ظنها . وبعد خيبة الأمل هذه فإنها تميل إلى أن تحول طاقتها الجنسية مرة أخرى إلى نفسها

بدلاً من إعادة ربطها بموضوعات جديدة ، إن "أناها" المجروح يجد نفسه مواجها بالعدوانية التي تشعر بها تجاه الموضوع الذي فقدته توا وتظهر الميلانكوليا (الاكتئاب).

وهناك نظرية تحليلية حديثة قللت من تأثيرات المحددات البيولوجية فى بناء الشخصية ، وركزت على التفاعل بين دور هذه المحددات والقيود الثقافية أو التحريمات على سلوك المرأة ، فقد أوضح التحليليون الجدد أن القيود المفروضة على تعبيرات المرأة الجنسية وعلى حريتها الشخصية – من جانب ثقافات معينة – تمثل مصادر للإحباط وتؤدى إلى إصابتها بالاكتئاب . أيضاً فإن دور المرأة كمربية مثلا يتصارع مع حاجاتها لنمو الذات والاستقلال للدرجة التى تؤدى إلى معاناتها من عدم الاستحسان أو القبول الاجتماعي إذا ما قللت أو تقاعست عن قيامها بهذا الدور. إن هذه القيود المفروضة على المرأة وعلى تعبيرها عن نفسها ، وأيضاً المكانة الدنيا للدور الأنثوي ، والصراع بين الرغبة الفطرية داخلها لتنشئة الأطفال وبين حاجاتها للاستقلال ونمو الذات ، كل هذه عوامل تساعد على تعرضها للمازوخية (Horney, 1967, Cited In Nolen-Hoeksema, 1987,) .

٣ – تفسيرات الأدوار الاجتماعية الخاصة بكل جنس للفروق بين الجنسين فى الاكتئاب :

من نظريات الأدوار الاجتماعية الجنسية فى تفسير تفوق المرأة على الرجل فى الاكتئاب واحدة اهتمت بالتوقعات المتصارعة التى تجد المرأة نفسها فيها عندما تدخل مجال العمل (Frieze, et al, 1978; Kohn, et al, 1965, Cited In Nolen-Hoeksema, 1987, p. 272) فالمرأة ينتظر منها أن تكون سلبية وغيرية (إيثارية) وغير انانية ومساندة ومعاضدة وذلك تماشياً مع دورها الأنثوى، ولكن وفى نفس الوقت، فهى مطالب منها أن تؤكد ذاتها وأن تكون متمكنة لو أرادت أن تنجز عملها، وهذه الازدواجية فى التوقعات أمراً فى غاية الصعوبة، وذلك لأن المرأة ربما تضطر إلى إهمال أحد الدورين فى سبيل تحقيق الدور الثانى. إن الانحراف عن الدور الاجتماعى الجنسى الطبيعى للمرأة ربما يؤدى إلى رفض لجتماعى لها.

ومن النظريات المثيرة للاهتمام فى الأدوار الاجتماعية الجنسية وأثرها على تفوق المرأة فى الاكتئاب على الرجل، تلك التى قال بها جوف وتودور (Gove & Tudor, 1973) حيث اقترح الباحثان أن وجود نوعين من المهام أو الأدوار فى حياة الفرد بالتأكيد يؤدى إلى حمايته من الاكتئاب. وعلى هذا الأساس، فإن مصدر الخطأ فى الدور التقليدي للمرأة – سيدة البيت – هو أنه يسمح لها بمصدر واحد للإشباع – العائلة – بينما يمكن أن يفسر انخفاض نسبة المكتئبين من الرجال بوجود نوعين من المهام أو الأدوار – العائلة والعمل – وذلك إذا ما فقد الرجل مصدرا للإشباع فسوف يظل لديه مصدرا آخر يلوذ إليه وقت الضرورة

٤ – تفسيرات تقوم على اختلاف أنماط الاستجابة بين الجنسين لحالات الاكتئاب:

ترى نولين هوكسيما أنه يمكن تفسير الفروق بين الجنسين فى الاكتئاب بالاختلاف بينهما فى استجابتهما للمواقف المثيرة للاكتئاب. أن أغلب الناس يخبرون فترات اكتئابية بين الحين والآخر، ولا تدوم هذه الفترات بالنسبة لبعض الناس سوى عدة ساعات أو عدة أيام، ولكن بالنسبة للبعض

الآخر قد تدوم هذه الفترات الاكتئابية لمدة أطول، وقد تزداد شدتها حتى يصل الأمر بهم إلى السعى طلباً للعلاج.وترى الباحثة، أن الرجال عموماً يميلون إلى الاستجابة لما قد يخبرونه من مشاعر اكتئابية بطريقة أكثر فعالية يكون من شأنها القضاء على هذه المشاعر. بينما يميل النساء إلى الاستجابة للمشاعر الاكتئابية بطريقة فيها تضخيم ، وتأمل ذاتى زائد فى أسباب هذه المشاعر وأصولها وما يمكن أن تنتهى إليه .

وبذلك فإن نولين هوكسيما ترى أن ميل المرأة الاستجابى نحو الاكتئاب يمثل سببا فى زيادة اتجاهها نحو هذا الاضطراب، بينما تؤدى اتجاهات الرجل الاستجابية نحو الاكتئاب إلى التقليل من فرص دوام حالات الاكتئاب لديه وبالتالى التقليل من نسبة المكتئبين من الرجال بالمقارنة بنسبة المكتئبات من النساء .

وترجع الباحثة الأصل فى اختلاف الاتجاهات الاستجابية بين الرجل والمرأة نحو الاكتئاب إلى أن معنى الذكورة بالنسبة للرجل هو أن يكون نشطاً وفعالاً وأن يتجاهل مشاعره، بينما بالنسبة للمرأة فإن نمط الأنوثة يقتضى منها أن تكون عاطفية وأقل فاعلية. (غريب عبد الفتاح ، ٢٠٠٣ ،ص ص.١١٩-١٨٠) .

٢- التاريخ العائلي:-

ويقصد به التاريخ العائلي المرضى، وحيث يتعرض أطفال الوالدين المكتئبين للإصابة بالاضطراب ضعفي إلى أربعة أضعاف الأطفال من والدين غير مصابين بالاضطراب، كما يكونوا معرضين لبداية مبكرة بالمرض وأيضا متكررة. وينتقل عامل الخطر خلال الأجيال للأحفاد. (Evans, et. al, 2005, pp.9-10)

لقد أكدت نتائج الدراسات العلاقة بين اكتئاب الوالدين واكتئاب ألأبناء. فإن الآباء المكتئبين يظهرون صراعات أكثر وقليلا من الانسجام أو التماسك في عائلاتهم، وهم أقل انغماسا وعاطفية مع أطفالهم، ويعانون من نقص في التواصل في علاقاتهم بأبنائهم. كما تميل الأم المكتئبة إلى أن تكون أكثر قسوة وأكثر تسلطا وأقل استجابة وعاطفية. إن الأمهات المكتئبات يقضين وقتا أقل في التحدث ولمس أطفالهن، ويظهرون وجدانات سالبة في تواصلهن مع أبنائهن.

إن اكتئاب الوالدين يمكن أيضا أن يؤدى إلى اضطراب في السلوك التعلقى attachment، لذلك، فإن أطفال المكتئبين لديهم تعلقات أقل أمنا مما لدى أبناء الوالدين العاديين. (Ibid.) (Goodman & Gotlib, 2002)

وتعتبر الظروف العائلية السيئة، أحد عوامل الخطر الإصابة بالاضطراب وأيضا في بدأ الاضطراب ومرات حدوثه تلك الظروف العائلية التى تتصف بغياب التفاعلات المدعمة أو المساندة وعلاقات والدية قصيرة، و فقر في المودة والترابط والنظام القاسى في الأسرة.

٣- الشخصية والمزاج:-

لقد اقترح الباحثون سمة استهداف diathesis موروثة كعامل عام لأغلب الاضطرابات العقلية وقد أخذت هذه السمة العديد من الأسماء والتعريفات ومنها:

أ- تجنب الأذى. ب- العصابية. جـ- سمة القلق. د- الكف السلوكي. هـ- الوجدانية السالبة.

وكل من هذه السمات تشير إلى سمة استعداد disposition للمرور بخبرة وجدان سالب. ويعتبر مفهوم العصابية neurotism من السمات التى تشير إلى السمة السابقة.

وقد أظهرت نتائج الدراسات الطولية، إن الميل العصابى – العصابية- يتنبأ بالوجدانية السالبة فيما بعد وأعراض بالكرب أو الكدر أو الضيق النفسي.(Evans, et al , 2005 , P 10)

٤-الاستهداف المعرفي:-

ترى النظريات المعرفية في الاكتئاب، أن المكتئبين من الأفراد لديهم استهداف معرفى للإصابة بهذا الاضطراب، وتتفق هذه النظريات في الاكتئاب مع نظرية الاستهداف- الضغط diathesis- stress theory وحيث ترى: أنه عندما يواجه الفرد بحادثة حياة ضاغطة، فإن الفرد الذي لديه هذا الاستهداف سوف يقيم مصدر الضغط ونتائجه بطريقة سالبة وبالتالي يزداد توقع إصابته بالاكتئاب أكثر من غيره من الأفراد الذين ليس لديهم هذا الاستهداف المعرفي.

ومن أنماط المعارف أو الأفكار السالبة التي تشكل استهداف معرفي للاكتئاب نجد: المخططات schemas ؛ أنماط الغزو أو التفسير attribution styles؛ وجهة الضبط ؛ تعلم اليأس learned hopelessness ؛ تقدير الذات self-esteem .

أ: المخططات المعرفية كعنصر استهداف للاكتئاب:

المرضى بالاكتئاب الرئيسي يؤنبون ويحطون من شأن أنفسهم، وفى كل جهة ينظرون إليها، يرون شواهد تؤكد عدم قيمتهم، وكل ما يمكنهم تذكره من ماضيهم يتصف بالعقم والفشل، وكذلك أيضا كل ما يروه في مستقبلهم. أن مكونات الأفكار الاكتئابية تضخم وتبرز المزاج الاكتئابي؛ ولكن يظهر سؤال: هل تشكل هذه الأفكار الاكتئابية سبب أم نتيجة للتغيير في المزاج؟!

لقد رأى بك إن الأفكار الاكتئابية بوصفها متغيرات وسيطة mediating للتغير في المزاج. أن الأفكار الاكتئابية التي تظهر خلال النوبة الاكتئابية- وعادة تختفي بعد انتهاء النوبة- لا تمثل عنصر الاستهداف.

لقد اقترح بك عام ١٩٧٢ أن الاستهداف يتضمن سمات معرفية، أو مخططات، تلك التي تتقدم أو تسبق أول نوبة اكتئاب، وتجعل من المريض الاكتئابي مستهدفا لنوبات اكتئابية مستقبلية تستثار بالفقدان، أو الفشل أو أي مصادر أخرى للضغط. تحت ظرف الضغط ، يفجر المخطط المعارف الاكتئابية النمطية.

إن المخططات الاكتئابية الرئيسية الثلاثة هي:-

١- وجهة نظر سالبة للذات (انخفاض في تقدير الذات).

٢- وجهة نظر سالبة في الخبرة (تشويهات معرفية).

٣- وجهة نظر سالبة في المستقبل (اليأس).

إن هذه المخططات، وخاصة الأولى والثانية، تحرف bias الشخص المستعد للاكتئاب نحو أخطاء نمطية في التفكير، ومنها الآتي:-

١- الاستدلال الاعتباطى : وفيه يتم الوصول إلى نتيجة خاطئة من حادثة غير مدركة.
٢- التجريد الإنتقائى : تذكر فقط التفاصيل السالبة من سلسلة من الأحداث الإيجابية.
٣- التعميم المبالغ : التعميم المبالغ المبنى على فشل وحيد غير دال أو غير هام.
٤- التضخيم والتقليل: التقليل من أهمية الخبرات الإيجابية والمبالغة في الخبرات السلبية.
٥- التشخص: personalization . لوم الذات بدون سبب لوقوع الأحداث السالبة.

ولم يصر بك على أن المعارف أو الأفكار الاكتئابية بالفعل تسبب اضطراب الاكتئاب، ونظر إلى العمليات المعرفية المنحرفة deviant بوصفها ضمن intrinsic اضطراب الاكتئاب، وليست سبب أو نتيجة للاكتئاب. ومع ذلك، فقد اعتقد بك أن المعارف أو الأفكار الاكتئابية تؤدى إلى، وتزيد من حدة، وتطيل المزاج الاكتئابي وتدهور السلوك، ولذلك يجب أن تكون مركز العلاج.

إذا، على الرغم من أن المعارف(الافكار) الاكتئابية ربما تلعب دورا سببيا قريبا proximal في أعراض أخرى للاكتئاب، إلا إنها لا تمثل استهداف للاضطراب. إن الإستهداف المعرفى هي المخططات التي تهيئ predispose الأفراد للاستجابة للضغوط بكل من المعارف الاكتئابية والمزاج الاكتئابي.(Zuckerman, 1999, pp194-195)

ب: أنماط العزو أو التفسير attribution or explanatory types

طبق مارتن سيلجمان Seligman مفهومه تعلم العجز learned helplessness في تفسير أعراض الاكتئاب. إن تعلم العجز ظاهرة تصف خبرة الناس لمواقف فيها لا يملكون أي تحكم أو ضبط لوقوع أحداث حياة سالبة، ثم يقومون بتعميم اعتقادهم هذا في العجز لمواقف أخرى لا يكونوا فيها أصلا عاجزين.

وظهرت بعد ذلك نظريته الجديدة، أو تطوير لنظرية العجز وذلك بتطوير elaborate وجهة نظر بك للتحريف المعرفي وذلك بوصف ثلاثة أنماط من الأعزاء أو التفسيرات للأحداث السالبة.

(١) الذات مقابل الخارج. (٢) الكلى أو العام مقابل المحدد أو الخاص. (٣) الثابت مقابل غير الثابت.

عندما يتم التعرض لحادثة غير سارة، فإن الشخص المهيأ للاكتئاب يكون لديه نمط استدلالي يتصف بأعزاءات: الذات internality والثبات stability العمومية globality للسبب.

ويمثل نمط الأعزاء الأول وهو الذاتية internality أعزاء الحدث أو الحادثة السالبة لأسباب ذاتية فى مقابل أعزائها لأسباب خارجية. ويبدو هذا البعد عندما يرى الشخص أن السبب فى الحادثة السالبة أو النتيجة غير السارة للموقف الذى يواجهه هو شيء يتعلق به نفسه ، وهو أعزاء وتفسير داخلى. ومن أمثلة ذلك عندما يعزى المعالج النفسى محاولة انتحار أحدى مرضاه إلى انخفاض قدرته على التشخيص الدقيق للحالة وإلى تأخر إدراكه خطورة الأفكار الانتحارية للعميلة فى آخر جلسة معها .

أما النمط الثانى فهو نمط الثبات stability ويقصد به رؤية الشخص لأسباب الحادثة السالبة على أنها ثابتة لا تتغير، فإن الشخص يرى أن سبب الحادثة غير السارة أو السالبة هو عامل مستمر عبر الزمن و لن يتغير، كأن يعتقد المعالج فى المثال السابق أن عدم توفيقه مع الحالة سوف يستمر ويتكرر لأنه فى الأصل غير موفق مع مثل هذه الحالات.

والنمط الثالث هو نمط العمومية globality ويبدو هذا النمط عندما يرى الشخص أن سبب الحادثة السالبة هو سبب عام ويمكن أن يحدث فى كل مواقف حياته، وفى مثال المعالج السابق فإن المعالج سوف يعتقد انه كما لم يوفق مع الحالة التى حاولت الانتحار فانه لن يوفق فى باقى جوانب حياته.

وطبقا لنموذج العجز المتعلم فإن المكتئب يقوم بإعزاء الأحداث غير السارة إلى عوامل داخلية وثابتة وعامة؛ ويقوم بإعزاء الأحداث السارة إلى عوامل خارجية غير ذاتية (الحظ مثلا) وغير ثابتة وخاصة. وبمعنى آخر فإن المكتئب يميل إلى إرجاع أسباب الأحداث غير السارة كالفشل فى أى صورة من صوره إلى عوامل ذاتية فيه وأسباب ثابتة لديه وأسباب عامة، بينما يرجع الأحداث السارة إلى عوامل خارجية وغير ثابتة فيه وخاصة ومقصورة على الحادثة الحالية فقط. فالمكتئب يعتقد أن إمكانياته الذاتية لا تساعده على النجاح بل أن هذا النجاح فى حال وقوعه إنما يرجع إلى عوامل خارجية ولا يتحقق إلا بسبب الآخرين أو الظروف، ويشير عدم ثبات الأحداث السارة إلى أن المكتئب يعتقد أن النجاح أو السرور وليد الصدفة وغير مضمون مهما بذل هو من جهد. أما فيما يتعلق بالنمط الثالث وهو نمط العمومية فالمكتئب يعتقد أكثر من غيره أن الأسباب التى أدت إلى حدوث الحادثة السارة أو الإيجابية التى صادفها تقتصر فقط على الموقف التى ظهرت فيه، ولا تشمل آثارها جوانب أخرى فى حياته.

ويتضح مما سبق إنه على الرغم من أن نموذج سيلجمان يركز على الأحداث السالبة، إلا أن له مكمل يتعامل مع الأحداث الإيجابية. عندما تقع الأحداث الإيجابية للشخص المكتئب، فإنه يميل إلى تفسيرها كنتيجة لأسباب: خارجية، محددة، وغير ثابتة، وذلك مثل: الحظ وليس لمجهوداته.

والخلاصة فان الاكتئاب فى ضوء نظرية العجز المتعلم يرجع إلى:

١ – عزو الفشل إلى ما هو داخلى وعزو النجاح إلى ما هو خارجى .

٢ – عزو الفشل إلى ما هو ثابت وعزو النجاح إلى ما هو غير ثابت .

٣ – عزو الفشل إلى ما هو عام وعزو النجاح إلى ما هو محدد أو خاص .

وإذا رجعنا لمثالنا السابق عن المعالج النفسى ومحاولة إحدى عميلاته الانتحار سوف نجد:

إن العزو للشخص غير المكتئب سوف يكون على هذه الصورة :

١– عزو الفشل إلى ما هو خارجى: لقد تصادف وواجهت المريضة بموقف رفض من زوجها فى هذا اليوم.

٢ – عزو الفشل إلى ما هو غير ثابت : لقد كنت تحت ضغوط ذلك اليوم و عانيت من مصاعب

مع كل مرضاى.

٣ – عزو الفشل الى ما هو محدد : حالات الانتحار معروف عنها انها حالات صعبة بالنسبة لكل المعالجين.

إن أنماط العزو السابقة من المرجح ألا تؤدى بصاحبها إلى الاكتئاب .

وقد نظر باترسون وسيلجمان (Peterson & Seligman , 1984) لأنماط التفسير أو الأعزاء، مثلما نظر بك إلى المخططات أنها سمات معرفية كامنة التي ربما تنشط بواسطة أحداث حياة ضاغطة، تحرف biasing التفسيرات لأحداث مؤدية إلى ألاكتئاب. إن الأنماط الإعزائية تتغير إلى الأحسن كلما اختفى الاكتئاب.

وهذه الأنماط الإعزائية ترجع إلى تأثيرات البيئة وذلك مثل: تقليد الوالدين وخاصة الأم، أو القائمون على الرعاية المقربين، ونقد المدرسين، وخبرات الفقدان والعجز المبكر. (Zuckerman, 1999, p.196)

جـ: وجهة الضبط والاكتئاب:

يرتبط مفهوم وجهة الضبط الداخلي – الخارجى أساساً بدرجة المسئولية التي يدرك الفرد أنه يتحملها على الأحداث فى حياته. فإن الفرد ذو الاعتقاد فى الضبط الداخلى يدرك أن أحداث الحياة ونتائجها أو عواقبها تتوقف أو تعتمد مباشرة على سلوكياته، بينما يدرك الفرد ذو الاعتقاد فى الضبط الخارجى أحداث الحياة على إنها لا تتوقف ولا تعتمد على سلوكياته بل على أنها محددة بدلاً من ذلك بعوامل خارجة عن ذاته (O' Leary., Donovan, Freeman, & Chancy, 1976, P.899) ، ويرى ليفكورت أن وجهة الضبط الداخلى ربما تكون مطلباً سابقاً للسلوك التوافقى ، ولقد أثبتت البحوث بعد ذلك وجود علاقة خطية liner بين إدراك وجهة الضبط والتوافق وحيث يميل الأفراد ذوى الاعتقاد فى الضبط الخارجى لإظهار درجات مرتفعة من الاضطراب النفسى. وتشير العديد من الدراسات وتدعم العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والاعتقاد فى أن العائد يتم ضبطه من خارج الفرد (Costelo, 1982, PP.340 - 341). ولأن موضوع المكون المعرفى للأفراد المكتئبين أصبح من الموضوعات الشائع تناولها فى التراث النفسى (Benassi , et al. 1988, P.357) ، فإن أحد النماذج التى تتناول هذا الموضوع يذهب إلى أن المكتئبين يميلون إلى إدراك الوقائع من حولهم على أنها لا يمكن ضبطها أو التحكم فيها (Bibring, 1953, Seligman, 1975, In Benassi., et al, 1988, P.357).

ويرى مولينيرى وكاهان (Molinari ,& khanna,1991,P.315) أنه بالنسبة لذوى الاعتقاد فى الضبط الخارجى الحقيقى congruent والذين يرون أن التدعيمات لا تتوقف أو لا تعتمد علـى سلوكهم، ويتصرفون بناء على ذلك، يكونون أكثر ميلاً للاكتئاب. وتقترح الدلائل وجود علاقة بين هذا النوع من الضبط الخارجى والاكتئاب الذى جاء من أعمال سيلجمان Seligman ، والذى

ابتدع مصطلح تعلم العجز learned helplessness ليشير إلى إدراك الاستقلال بين سلوك الفرد وبين التدعيم. وقد ارتبط تعلم العجز بالاكتئاب فى العديد من الدراسات .. ويرى كلا من مولينيرى وكاهان أنه من الصعب التفرقة بين هذا المفهوم – تعلم العجز – وبين الاعتقاد فى الضبط الخارجى (Molinari., & Khanna, 1991, P.315). (غريب عبد الفتاح، ٢٠٠٤ ، ص ص٩٥-١٥٠)

د : تعلم اليأس :

قامت إبرامسون وميتالسكى وأولو(Abramson., Metalsky, & Alloy, 1989) بدمج نظرية بك (عن التحريفات المعرفية السالبة) ونظرية سيلجمان (عن العجز المتعلم وأنماط العزو) فى نمط اكتئاب اليأس hopelessness والذى يتصف بـــ

أ –إعزاء الأحداث السالبة لأسباب ثابتة، عامة.

ب– استنتاج نتائج سالبة عندما تحدث أحداث حياة سالبة.

جـــ– استنتاج مواصفات سالبة عن الذات كنتيجة للأحداث السالبة.

فى اكتئاب اليأس تبدأ السلسلة السببية المفترضة فى النظرية بادراك أحداث الحياة السالبة. وتخدم أحداث الحياة السالبة هذه كمناسبة ليصبح الناس يائسين. ومع ذلك فإنه ليس من الضرورى أن يشعر الناس باليأس وبالتالى بالاكتئاب عندما يواجهون بأحداث سالبة. ويظهر تساؤل: متى تؤدى أحداث الحياة السالبة إلى الاكتئاب ؟ ومتى لا تؤدى مثل هذه الأحداث إلى الاكتئاب؟

وتبعا لنظرية اليأس فى الاكتئاب هناك على الأقل ثلاثة أنماط من الاستنتاجات أو التفسيرات التى يقوم بها الناس والتى تحدد modulate ما إذا كانوا سوف يصيرون يائسين أم لا. وبالتالى سوف تظهر عليهم أعراض اكتئاب اليأس عند وقوع حادثة حياة سالبة.

– استنتاجات (تفسيرات) عن لماذا وقعت الحادثة؟ (استنتاج سبب أو اعزاء سببى).

– استنتاجات عن العواقب consequencesالتى سوف تنتج من وقوع الحادثة (التوابع أو العواقب المستنتجة).

– استنتاجات عن الذات عندما تقع الحادثة (الصفات أو المواصفات المستنتجة عن الذات) وفيما يلى وصف لهذه الأنماط التى تصف اكتئاب اليأس:

١– استنتاج أسباب ثابتة وعامة لأحداث حياة محددة سالبة، وإعطائها درجة عالية من الأهمية.

إن أنواع الاستنتاجات السببية التى يصل إليها الناس لأحداث الحياة السالبة وإعطائهم أهمية كبيرة لهذه الأحداث، كلها تعتبر عوامل هامة تساهم فى ما إذا كانوا سوف يعانون من اليأس وبالتالى تظهر لديهم أعراض اكتئاب اليأس أم لا؟ وباختصار فإن اليأس المعمم نسبيا وبالتالى أعراض اكتئاب اليأس من المرجح أن يحدثا عندما يتم اعزاء أحداث الحياة السالبة إلى أسباب ثابتة (دائمة) وعامة (من المرجح أن تؤثر فى عواقب أو مترتبات عديدة)، وينظر إليها بوصفها هامة وذلك أكثر مما لو تم اعزاء أحداث الحياة السالبة هذه إلى أسباب غير ثابتة ومحددة وينظر إليها على إنها غير هامة.

ولفهم اكتئاب اليأس يتم التركيز على الإعزاءات الثابتة العامة فى مقابل الإعزاءات الثابتة المحددة لأحداث الحياة السالبة وذلك لأن الإعزاءات من النوع الأول هى التى يتوقع أن تؤدى إلى تعميم نسبى لليأس.

ويلاحظ فيما سبق أنه لم يأتى ذكر الإعزاء الذاتى أو الداخلى internality وذلك لأن فى نظرية اكتئاب اليأس تم التقليل من التركيز على هذا البعد deemphasize بوصفه عامل إعزاء سببى وتمت مناقشة دوره بدلا من ذلك فى الجزء الذى تناول أعراض الاكتئاب فى نظرية اكتئاب اليأس (Abramson., Metalsky, & Alloy, 1989, p.361) .

٢- استنتاج عواقب (نتائج) سالبة لأحداث حياة محددة سالبة:

إن استنتاج عواقب أو نتائج سالبة يتوسط moderate العلاقة بين أحداث الحياة السالبة وأعراض اكتئاب اليأس وذلك بالتأثير على زيادة احتمالية أن يصبح الفرد يائسا. إن استنتاج عواقب أو نتائج سالبة من أحداث الحياة السالبة لابد أن يؤدى إلى اليأس عندما يرى الفرد أن هذه العواقب أو النتائج السالبة هامة بالنسبة له.

٣- استنتاج صفات أو مواصفات سالبة عن الذات كنتيجة لأحداث الحياة السالبة .

بالإضافة إلى استنتاج عواقب أو نتائج لأحداث الحياة السالبة تقترح النظرية أن استنتاج صفات أو مواصفات سالبة عن الذات فى حالة وقوع هذه الأحداث أيضا ربما يتوسط حدوث اليأس وبالتالى أعراض اكتئاب اليأس. أن استنتاج مواصفات عن الذات يشير إلى الاستنتاجات التى يصل إليها الفرد عن قيمته وقدراته وشخصيته ومدى مرغوبيته، وذلك فى حالة وقوع حوادث حياة سالبة محددة.

إن استنتاج مواصفات سالبة عن الذات يجب أن يؤدى إلى اليأس عندما يعتقد الفرد أن هذه الصفات أو المواصفات السالبة غير قابلة للعلاج أو من غير المرجح أن تتعدل أو تتغير، وأن الاتصاف بها سوف يعيق الحصول على نتائج هامة فى عدة مجالات من مجالات الحياة.

فى حالة وقوع حادثة حياة سالبة فإن الأنواع الثلاثة من الاستنتاجات (السبب، والعواقب أو النتائج، ومواصفات الذات) ربما لا تكون متساوية فى الأهمية فى المساهمة فى ما اذا كان الفرد سيصبح يائسا أم لا وبالتالى سوف تظهر عليه أعراض اكتئاب اليأس.

ومثال ذلك: استنتاجات شابة عن النتائج السالبة لموت أمها ربما يكون أكثر أهمية فى أنها سوف تصاب باليأس أم لا. وليس سبب هذا الموت أو التضمينات الفورية للكيفية التى ترى بها نفسها. وأشارت أبرمسون وزملائها أن اليأس هو السبب القريب proximal لاكتئاب اليأس والأنماط الثلاثة السابقة تمثل الاستهداف المعرفى.

إن اكتئاب اليأس، نمط فرعى من الاكتئاب يتصف بالتأخر السلوكي، وفقدان الطاقة، واللامبالاة، وفقدان الدافعية، واضطراب فى النوم، وصعوبة التركيز، والمعارف السالبة، والوجدان السالب، والانتحار. (Abramson, et. al, 1989) ، (Zuckerman , 1999 , p.197)

وأشارت إبرامسون و زملاؤها إلى أن نمط العزو الثابت، والكلى أو العام للأحداث السالبة هو الاستهداف المعرفى والذى مع مصادر الحياة السالبة يساهم فى نمو نمط فرعى من الاكتئاب وهو

اكتئاب اليأس، ففى نموذجهم، لا تنشط أنماط العزو والتوقعات السالبة للنتائج إلا بوقوع أحداث الحياة السالبة لتؤدى إلى اليأس، والذي بدوره يحدث الاكتئاب.

إن اليأس هو السبب القريب proximal للاكتئاب، والأنماط السالبة الثلاثة تمثل الاستهداف، فهي ضرورية .

هـ : انخفاض تقدير الذات:

لقد كان تقدير الذات مفهوم محوري فى أغلب نظريات الاكتئاب ــ انظر نظرية لوينسون السلوكية، ونظرية بك المعرفية ــ إن تقدير الذات يمثل المكون التقييمى لمفهوم الذات، والذي بدوره يعتبر متغيرا معرفيا غاية الوضوح. ويرى هيلسمان و جاربر (Hilsman ,&Garber, 1995) إن الإدراكات والأفكار السالبة عن الذات ترتبط بالاكتئاب، وقد افترض الباحثان إن تقدير الذات والمنظومات الذاتية السالبة تلعب دورا فى نشأة ودوام الاكتئاب.

وقد اقترح براون وهارس (Brown & Harris, 1978) إن اليأس وإن كان يعتبر سببا محوريا فى حدوث الاكتئاب، فإن الانخفاض فى تقدير الذات يعتبر عامل استهداف ربما يسهم فى وقوع الأعراض الاكتئابية من خلال عملية اليأس، لذلك اعتبر ميتالسكى وزملاؤه (Metalsky ,et al, 1993).ان نظريات تقدير الذات يمكن النظر إليها على أنها تتضمن استهداف - ضغط ومكونات وسيطة mediators– أى أن تقدير الذات المنخفض هو عنصر الاستهداف، وإن اليأس هو الوسيط.

إذا، فإن تقدير الذات أو مفهوم الذات المنخفض ربما كان عامل استهداف، والذي بالتفاعل مع مصدر ضغط ، يؤدى إلى مزيد من الانخفاض في تقدير الذات، أو يجعل من الجوانب السالبة من الذات أكثر بروزا ويزيد من خطر الاكتئاب. (غريب عبد الفتاح ، ٢٠٠٣).

٥ – الاستهداف البينشخصى :

أ – يرى أصحاب اتجاه الاستهداف البينشخصى فى الاكتئاب أنه بغض النظر عن أية عوامل أخرى قد تكون مسئولة عن حدوث الاكتئاب، فإن المجال البينشخصى يؤثر بشكل كبير فيما إذا كان الفرد سوف يصاب بالاكتئاب وفى نوعية الخبرة الشخصية التي سوف يمر بها فى حالة إصابته وفي المظاهر السلوكية للاضطراب وفى اختفاء الاضطراب فى حال الشفاء. لذلك فإن وضع العوامل البينشخصية فى الاعتبار عند دراسة الاكتئاب يعتبر ببساطة شيئا ضروريا لفهم هذا الاضطراب. (Joiner, & Coyne ,& Blaock, 1999 , p.3)

ب– وقد اقترح لوينسون (Lewinsohn , 1974) نموذج بينشخصى سلوكي للاكتئاب. وتبعا للوينسون، إن الأشخاص المكتئبين يحصلون على تدعيمات ايجابية غير كافية من الأشخاص المهمين فى حياتهم وذلك لأنهم ينقصهم المهارات الاجتماعية الضرورية لإستثارة استجابات بينشخصية ايجابية. علاوة على ذلك فإن الناس المكتئبين يكونون أقل قدرة على تدعيم الآخرين، وبالتالي تقل فرصهم فى التبادل الاجتماعى. وتؤكد نظرية لوينسون أيضا على أن بقاء الاكتئاب

وشدته أيضا يتأثران بميل الشخص المكتئب للانخراط فى نشاطات اجتماعية قليلة وعدم القدرة النسبية على أن يرى الأنشطة على أنها مصدر سعادة.

جـ- اعترض كوين (Coyne , 1976) وهو من رواد مدخل الاستهداف البينشخصى على افتراض النظريات المعرفية الذي يذهب إلى أن المكتئبين يتم النظر إليهم على أنهم نتاج لتحيز أو تشويه أفكارهم؛ ورأى أن وجهة النظر البديلة هي أن الأشخاص المكتئبين يشغلون engage البيئة بطريقة تفقدهم المساندة وتستثير عائد feedback اكتئابي.

وصاغ كوين الاكتئاب كنتيجة لتمزق أو تعطل في توفير provision المساندة والتأييد من البيئة البينشخصية. وقد وصف الاكتئاب بوصفه عملية بينشخصية التي فيها يسعى الفرد المكتئب إلى التأكد أو الطمأنينة reassurance فيما يتصل بطبيعة علاقته بالإفراد الذين يتفاعل معهم، جنبا إلى جنب مع الجهود لتأكيد أو إنكار حاجات الشخص المكتئب للطمأنينة. وتبعا لكوين فان الشخص المهيأ للاكتئاب يسعى إلى التأكد والطمأنينة من الآخرين المهمين عندما يحدث فقدان أو تغيير فى البناء الاجتماعي. إنه يواجه حينئذ بمعضلة بينشخصية عما إذا كان العائد الاجتماعى المستثار حقيقي أم لا. وتبدأ سلسلة من السعى وراء الطمأنينة، وتزداد أعراض الفرد الاكتئابية سوءا. وحتميا فإن الأشخاص المهمين سوف يصابوا بالضيق والإحباط من الشخص المكتئب ويبدءون في إعطائه علامات مختلطة بمعنى مساندة لفظية ايجابية ولكن معلومات غير لفظية سالبة. وتبعا لكوين فان هذا النمط يزيد من عدم التأكد والأعراض الاكتئابية لدى الفرد، وبالتأكيد يؤدى بالفرد المكتئب إلى استخلاص مفاده أنه غير محبوب. إن النتيجة النهائية لهذه السلسلة من السعي للطمأنينة والشك يمكن آن تكون نوبة اكتئابية كاملة. (Schmidt., Schmidt, &Young.1999, pp. 132 -133)

وسوف نتناول بعض المتغيرات التى تعتبر متغيرات استهداف بينشخصى للاكتئاب.

أ- الخجل:

أ- أشار كل من زيمباردو وزملاؤه (Zimbardo., et al, 1976)إلى أن حوالى ٤٠% من الأمريكان قد اتضح أنهم يعانون من مشاكل خطيرة ترجع إلى الخجل (Dill, &Anderson1999, p93) . يرى البعض أن الخجل نوع من القلق الاجتماعي، أو عدم الشعور بالراحة في حضور الآخرين، ويرى البعض الآخر أن الخجل مظهر لانفعال أساسي للحياء، ويرى البعض الثالث أن الخجل هو الميل للشعور بالتوتر، والانشغال أو الارتباك خلال التفاعل الاجتماعي وخاصة مع الناس غير المألوفين. ويركز التعريف السابق على أهمية القلق كاستجابة للتفاعلات الاجتماعية التي تتم وجها لوجه ، أنه يركز على الشعور بالخجل. ويعرف فريق رابع الخجل بأنه كزملة أعراض انفعالية ــ سلوكية تتصف بالقلق الاجتماعي والكف البينشخصى والذي يحدث من توقع أو حدوث تقييم بينشخصى. ويؤكد أحد العلماء أنه يمكن التعرف على الخجل من خلال ثلاث مكونات: (Ibid.,p101)

ــ الخوف، وهو مكون شبيه بالقلق أو الاستثارة.

ــ عجز في المهارات الاجتماعية ــ أو كف سلوكي.

ـ أفكار غير عقلانية. ويتضمن هذا المكون اعزاءات غير توافقية وغير منطقية لفشل بينشخصى سابق وتوقعات سلبية لأداءات بينشخصية مستقبلية.

وتتفق التعريفات السابقة كلها في تضمين دافعي عام رئيسي. إن الدافع المسيطر في كل الحالات هو التجنب الاجتماعي. وبمعنى آخر، فإن الأفراد الخجولين مدفوعين بقوة لتجنب التفاعل الاجتماعي، بسبب ما يخبروه في هذه المواقف من قلق واستثارة سلبية.ان النتيجة المتوقعة للخجل هى نقص فى المهارات الاجتماعية و الوحدة و كلاهما يمثلان عوامل استهداف بينشخصى للاكتئاب .

ب – نقص المهارات الاجتماعية

إن اتصاف الفرد بنقص فى المهارات الاجتماعية يعتبر عنصرا أو متغيرا هاما فى ظهور الاكتئاب على الرغم من أن العلاقة السببية بين الاستثارة arousal والمهارات الاجتماعية لم يتم حلها حتى الآن. وأحد الاحتمالات هو أن الاستثارة المرتفعة والقلق بالإضافة إلى السلوكيات الداخلية (الانسحاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي) تقلل من قدرة الفرد على تعلم المهارات الاجتماعية بطرقة مناسبة. والاحتمال الثانى، أن الافتقار لمهارات اجتماعية مناسبة (أو حتى اعتقاد الفرد إنه يفتقر للمهارات الاجتماعية) ربما يؤدى إلى الاستثارة المرتفعة عندما يواجه المواقف الاجتماعية.

إن النقص فى المهارات الاجتماعية (سواء كان حقيقيا أو متخيلا) يمكن أن يفاقم أو يزيد exacerbate مشاكل الاستثارة وذلك بزيادة الصعوبة المدركة وخطورة الفشل. وبمعنى آخر، فإن نقص المهارات الاجتماعية يمكن أن يكون سببا أو نتيجة لمستويات غير سوية من الاستثارة فى المواقف الاجتماعية. ومن المحتمل أيضا أن يؤدى الفقر فى المهارات الاجتماعية وحده إلى الخجل، فان مكون الكف inhibition السلوكى للخجل يمكن فى حد ذاته النظر اليه بوصفه فقرا فى المهارات الاجتماعية.

وتتفق وجهة النظر التى ترى أن النقص فى المهارات الاجتماعية يمكن أن يكون عنصر استهداف للاكتئاب مع آراء أحد رواد النظرية السلوكية وهو جوسيف وولب , Wolpe , 1979) (pp.555-562 ، وحيث يرى وولب أن هناك أربعة أنماط من الاكتئاب. الأول يحدث كنتيجة حالة قلق شديد طويلة ، والثانى يحدث كنتيجة لمعارف أو أفكار خاطئة ذات أساس قلق، والثالث يرجع الى الفشل فى المواقف البينشخصية، وحيث يستثار القلق فى هذا النوع من الاكتئاب إما بالتفكير فى توكيد الذات وإما عند الشروع فى توكيد الذات، وبسبب ألقلق، فان الفرد يكف عن التعبير عن نفسه بالطريقة المناسبة.(أما النمط الرابع من الاكتئاب فى رأى وولب فهو يرجع إلى المبالغة عن المعتاد فى الاستجابة للفقدان).

جـ- الوحدة:

لتعريف الوحدة اتجاهان، الأول يراها مفهوم أحادى البعد (الفرق بين ما يرغبه الفرد من علاقات اجتماعية وما يحصل عليه فعلا). والثاني يرى أن الوحدة مفهوم متعدد الأبعاد. ويرى أصحاب مفهوم الوحدة كمفهوم أحادى البعد إنها: خبرة غير سارة تحدث عندما يكون المجال الاجتماعي للفرد ناقص deficient أو به عجز سواء من الناحية الكمية أو من الناحية الكيفية.

ويرى أصحاب تعدد مفهوم الوحدة أنها تتكون من: الوحدة العاطفية (الحادثة نتيجة غياب التعلقات الشخصية القريبة) وذلك كما تتمايز أو تختلف عن الوحدة الاجتماعية (الحادثة نتيجة غياب الشبكة net work الاجتماعية). وهناك تعريف يتماشى مع وجهتي النظر في مفهوم الوحدة يذهب إلى أنها ظرف ثابت للضيق ــ الكدر ــ الانفعالي يظهر عندما يشعر الفرد إنه مبعد estranged عن وغير مفهوم، أو مرفوض من جانب الآخرين/ أو هي نقص في الأنماط الاجتماعية المناسبة للأنشطة المرغوب فيها وبالذات الأنشطة التي تمد الفرد بالشعور بالتكامل الاجتماعي والفرص للألفة أو المودة الانفعالية.

إن الأشخاص الوحيدين يعتقدون بأنهم يشعرون بهذا السوء بسبب عدم كفاية العلاقات البينشخصية.

وربما يكون النقص في العلاقات الاجتماعية كميا (قليلة الأصدقاء) أو كيفيا (لا يوجد علاقات حميمة عميقة) أو كلاهما. وفى كل الأحوال، فإن الدافع الاجتماعي المهيمن هو نوع من الدافع للاقتراب، فإن الوحيدين من الناس يريدون ارتباطات أكثر، بينما الأفراد الخجولين يريدون أن يتجنبوا المواقف الاجتماعية.

والوحدة مثلها كالخجل. بها مكون معرفي (التفكير بأن الفرد منفصل ومنعزل عن الآخرين) ومكون وجداني (مشاعر سالبة بالحزن والغضب والاكتئاب) ومكون سلوكي (مثل تجنب الارتباطات الاجتماعية) وبذلك، فإنه يمكن لمشاعر الوحدة أن تخدم كعامل في حدوث الاكتئاب. (Dill.,&Anderson 1999 .p.106-110)

٦- العلاقات البينشخصية:-

تركز وجهة النظر هذه في الاكتئاب على أهمية البيئة الاجتماعية ونمو تعلق attachment آمن، وتفترض وجهة النظر هذه أن الاستهداف للاكتئاب يظهر في البيئات الأسرية المبكرة والتي فيها تكون حاجة الأطفال إلى الأمن والراحة والقبول غير متوفرة وحيث يسهم هذا في نمو المعارف ــ الأفكار ــ السالبة عن الذات وعن الآخرين، ويفترض بالتالي ان تؤدى إلى زيادة استهداف الفرد للاكتئاب وخاصة عندما يتعرض لمصادر ضغط بينشخصية جديدة. (Evans, et al, 2005, pp.15-17)

أ- التعلق:

أظهرت أغلب الدراسات التي تناولت العلاقة بين البيئة الأسرية والاكتئاب، أن عائلات الأفراد المكتئبين تتصف بوجود مشاكل مرتبطة بالتعلق attachment ، والتواصل والصراع والانسجام، والمساندة الاجتماعية وأيضا بالفقر أو النقص في أساليب التنشئة الإيجابية. أن الأمن في التعلق يساعد الفرد على التعامل مع البيئة، بينما ربما يؤدى النقص في هذا التعلق بالفرد ــ الرضيع ــ للبحث عن الحماية بالانسحاب من البيئة.

ب- أساليب المعاملة الوالديه:

هناك بعدان من أبعاد التنشئة الاجتماعية، يرتبطان على وجه الخصوص بالاكتئاب لدى الأطفال وهما: القبول ــ الرفض والضبط ــ الاستقلال. فإن المكتئبين من الراشدين يذكرون والديهم

على أنهم كانوا ناقدين، رافضين، ضابطين ومتدخلين مقحمين intrusive . كما أن أسلوب الإساءة أو سوء المعاملة الوالدية و الإهمال يمثل بعدا ثالثا في الاكتئاب .

فإن الإساءة الخطيرة والإهمال في الصغر تتدخل interfere مع التعبيرات الانفعالية العادية للرضع وتؤدى إلى التجنب أو مقاومة التعلق بالآخرين خاصة لو كانت الأم هي التي تقوم بإساءة المعاملة والإهمال.

وتلخيصا لعامل خطر العلاقات البينشخصية في الاكتئاب، يتضح نقطتين:

الأولى:- أن الأسرة التي لديها فردا مكتئبا تميل إلى أن تتصف بقدر قليل من المساندة، وقدر كبير من الصراع ومثل هذا الخلل الأسرى يزيد من خطر إصابة أطفال هذه الأسر بالاكتئاب.

الثاني:- أن الأفراد المكتئبين هم أنفسهم أكثر صعوبة من الناحية البينشخصية، والتي تؤدى إلى مشاكل أكبر في بيئتهم.

ولذلك، فالعلاقة بين الاستهداف البينشخصى والاكتئاب تميل إلى أن تكون علاقة تبادلية. وأظهرت الدراسات في هذا الشأن أن المشاكل الاجتماعية تتقدم أو تسبق زمنيا الاكتئاب، وأن الاكتئاب يساهم في حدوث صعوبات بينشخصية. بالإضافة إلى ذلك، فإن الصعوبات البينشخصية يظهر أنها تقاوم وتستمر بعد انقضاء الأعراض الاكتئابية. وأيضا فإن العوامل الاجتماعية المؤدية إلى الاكتئاب مثل: صداقات مستمرة فقيرة ، ضعف اشتراك الوالدين، الاتجاهات السلبية من جانب أعضاء الأسرة، والبيئة الأسرية الضاغطة يمكن أن تسهم في استمرار أو انتكاس الاضطرابات الاكتئابية.

إن البيئة البينشخصية من الواضح تعتبر مجالا ضاغطا في بعض الأحيان، والذي فيه ينمى الأطفال منظومات أو مخططات schemas عن أنفسهم وعن الآخرين، والتي يمكن بعد ذلك أن تخدم كعنصر استهداف للاكتئاب ، بالإضافة إلى أن رد فعل الأطفال أنفسهم لهذه البيئات يمكن أن يضخم ويديم تبادلات اجتماعية سلبية والتي بدورها تزيد من الدائرة المفرغة للعلاقات البينشخصية وبالتالي تزيد من الرفض والاكتئاب، لذلك فإن النموذج التبادلي transactional للتأثير المتبادل ربما يصف بطريقة أفضل التزامن أو الارتباط association بين المكتئبين وبيئتهم الاجتماعية. , Evans (et al , 2005, p.15-17)

٧ - الضغط:-

أ- هناك تركيز عام لكل تعريفات الضغوط على أنها ظروف بيئية تشكل تهديدا بإيذاء الرفاهية البيولوجية أو النفسية للفرد. وتحدث الضغوط أما كحادثة شديدة، أو أذى مزمن، أو كحادثة حياة رئيسية، أو كحادثة خفيفة مع تأثيرات متراكمة (أما متجمعة أو متعددة). وبالطبع بعض الحوادث الضاغطة قد تكون أحداث عادية (الإنتقال التربوي أو الزواجى) أو قد تكون مرضية (إساءة المعاملة) وربما تكون حادثة حياة مستقلة أو قد تكون معتمدة على سلوك الفرد.

ب- وقد ظهر أن النتائج البيئية الموضوعية للضغط (والتي يتم تقييمها موضوعيا بواسطة ملاحظ خارجي) يكون لها تأثير مباشر على نمو الاكتئاب. إن التهديد الذاتي كمصدر ضغط يتضمن تقييم الفرد لحادثة على أنها ضاغطة، والتي ربما بعد ذلك تؤثر على رفاهيته النفسية.

جـ- ولابد من ملاحظة أنه ربما يكون هناك تحديد specifity فى العلاقة بين الضغط والاضطراب النفسي كأن تكون هناك مجالات فرعية للضغط أكثر ارتباطا من غيرها بالاكتئاب.

د- بعض المواقف الضاغطة التي ارتبطت بالاكتئاب:-

١- إيذاء الفرد وهو طفل.

٢- الإساءة الجنسية.

٣-خيبة الأمل.

٤- الفقدان.

٥- الانفصال.

٦- الرفض.

٧- الفقر (نسبة انتشار الاكتئاب لدى الأمهات الفقيرات ضعف ما لدى الأمهات لدى المجتمع العام).

٨- الصراع البينشخصى.

وتزداد أهمية المواقف الضاغطة السابقة لدى الأفراد الميالين للاعتماد على الغير.

V - نظريات الاكتئاب

مقدمة :

يوجد العديد من النظريات التي حاولت شرح وتفسير الاكتئاب، كما يوجد بعض المداخل أو الآراء التي لم تصل بعد إلى حد النظرية المتكاملة. و يوجد أيضا عدة أوجه نظر داخل بعض النظريات، وخاصة تلك التي أشترك أكثر من عالم في صياغتها. وسوف نكتفي هنا بعرض وجهتي نظر داخل نظريتين وهما النظرية السلوكية ممثلة في وجهة نظر لوينسون Lewinsohn والنظرية المعرفية ممثلة في وجهة نظر بك Beck ، والواقع أن دمج وجهتي النظر سوف يكون لنا النظرية الأولى في المجال فى تفسير الاكتئاب وفى علاجه وهى النظرية المعرفية السلوكية.

أولا: النظرية السلوكية من وجهة نظر لوينسون فى الاكتئاب :

عرف لوينسون Lewinsohn الاكتئاب بأنه زملة syndrome سلوكيات تم التعرف عليها من الدراسات الوصفية والتحليلية –التحليل العاملى – للأفراد والتي تتضمن :-

أ- انخفاض في معدل السلوك. ب- عبارات لفظية تعبر عن: القلق أو عدم الارتياح dysphoria ، التقليل من قيمة الذات Self -depreciation ، مشاعر الذنب، الملل المادي أو الدنيوي material والإجهاد. ج- الشكاوى الجسمية مثل: عدم النوم، وفقدان الشهية والصداع .

(Lewinsohn, 1974 , P . 157 ; Lewinsohn &others,1968, P 231; Lewinsohn,& others, 1971,87)

إن الفرض الأساسي لوجهة نظر لوينسون وزملائه يذهب إلى أن: المعدل المنخفض من الاستجابات التي يتلوها تدعيم يشكل مقدمة حاسمة لحدوث الاكتئاب.

ويعرف التدعيم بنوعية التفاعلات بين الشخص و بيئته. فالتفاعلات بين الفرد وبيئته التي تؤدى إلى عائدات ايجابية (عائدات تشعر الفرد بالسعادة والرضا) تشكل تدعيمات ايجابية، إن مثل هذه التفاعلات تقوى من سلوك الفرد.

ويشير اللفظ تعتمد أو تنتج أو تتلو contingent إلى العلاقة الزمنية temporal بين السلوك ونتائجه. ويفترض أن سلوك الشخص المكتئب لا يؤدى إلى التدعيم الايجابي لدرجة كافية للمحافظة على السلوك، وبالتالي يجد الفرد المكتئب أنه من الصعب عليه أن يبدأ أو يحافظ على سلوكه، ويصبح تدريجيا سلبيا. إن المعدل المنخفض للتدعيم الايجابي يفترض أيضا أن يسبب مشاعر القلق وعدم الراحة والتي تعتبر مركزية في ظاهرة الاكتئاب.

إن خبرة الحصول على تفاعلات مكافئة rewarding مع البيئة قليلة أو أن عدم الحصول عليها نهائيا تسبب شعور الفرد بالحزن. إن حجر الزاوية أن الاكتئاب ينتج من قلة العائدات الموجبة التي يحصل عليها الشخص في تعامله مع البيئة .

ويظهر فرض آخر كنتيجة طبيعية لما سبق وهو: أن المعدل المرتفع من الخبرات المعاقبة يسبب أيضا الاكتئاب. ويعرف العقاب بأنه التفاعلات بين الشخص و بيئته التي تؤدى إلى عائد منفر aversive (الكدر، الضيق، انعدام السرور). إن التفاعلات المعاقبة مع البيئة ربما تؤدى بطريقة مباشرة أو غير مباشرة إلى الاكتئاب، وذلك لتدخلها بين انهماك الشخص في، أو التمتع بأنشطة مكافئة rewarding في حياته.

إن غياب الأحداث المدعمة ايجابيا المتصلة بالذات بحدوث الاكتئاب تقع في عدة محاور مثل:- الخبرات الجنسية الايجابية، التفاعلات الاجتماعية المكافئة، الأنشطة الخارجية المبهجة، وخبرات الكفاءة ؛ أما بالنسبة للأحداث المعاقبة الهامة المتصلة بالاكتئاب نجد: مشاكل العمل، وتلقى ردود فعل سلبية من الآخرين. (Lewinsohn , &Hoberman, 1982, p.339)

وهناك افتراضات رئيسية يتأسس عليها مدخل لوينسون وزملائه في الاكتئاب وهى:

أ- إن انخفاض معدل الاستجابات التي تؤدى إلى التدعيم الايجابي يلعب دور المثير (غير الشرطي) المحدث لبعض السلوكيات الاكتئابية مثل:- مشاعر القلق، الإجهاد، وغير ذلك من أعراض جسدية.

ب- إن انخفاض معدل الاستجابات التي تؤدى إلى التدعيم الايجابي يكون تفسيرا كافيا لأجزاء من الزملة الاكتئابية، مثل معدل السلوك.. وما إلى ذلك.. فإن الشخص المكتئب يفترض أنه على جدول طويل من الانطفاء.

جـ- تقوم البيئة الاجتماعية بتقديم تدعيمات في شكل: التعاطف، الاهتمام، والانشغال؛ والتي تقوى وتحافظ على السلوك الاكتئابي. إن هذه التدعيمات تقدم بواسطة أجزاء صغيرة من البيئة الاجتماعية للشخص المكتئب، ومع ذلك، ربما أن أغلب الناس في بيئة الشخص المكتئب يجدون هذه السلوكيات منفرة، فإنهم سوف يقوموا بتجنبه كلما كان ذلك ممكنا، وبالتالي، ينقص معدل تلقيه تدعيمات ايجابية، ويزداد ظهور الاكتئاب لديه.

د- إن الكمية الكلية للاستجابة التي يتبعها تدعيم إيجابي يتلقاه الفرد يفترض أن تكون وظيفة لثلاث :-

١- عدد الأحداث (بما في ذلك الأنشطة) ذات القوة التدعيمية potentially Reinforcing (Pot Re) للفرد. إن الأحداث ذات القوة التدعيمية يفترض أن تكون متغيرة وذلك تبعا للفروق الفردية وتتأثر بالعوامل البيولوجية (الجنس والسن) والخبرة.

٢- عدد الأحداث ذات القوة التدعيمية التي يمكن أن تتوفر بواسطة البيئة. أي مدى توافر التدعيمات في البيئة(Availability of reinforcement (Avai Re

٣- السلوك الأدائي للفرد. أي مدى ما يملك الفرد من مهارات وسلوكيات التي تنتزع أو تستخرج التدعيم من البيئة. (Lewinsohn, 1974, p.158, 1975, p.30)

ويختلف موقف لوينسون وزملائه عن المواقف السلوكية الأخرى في الاكتئاب، في افتراض علاقة سببية بين انخفاض معدل الاستجابة والشعور بالقلق أو الضيق dysphoria ، وذلك بتركيزه على أ- المحافظة على السلوكيات الاكتئابية بواسطة البيئة الاجتماعية، وتركيزه على ب- النقص في المهارات الاجتماعية كأحد المقدمات (الأسباب) antecedents للمعدل المنخفض من التدعيمات الايجابية وبالتالى الاكتئاب .

ويرى لوينسون وزملاؤه، إن هناك العديد من التوضيحات والتي يضعونها في إطارهم فيما يتعلق بالاكتئاب:

١- يفترض إن الدرجة التي يحافظ بها maintain سلوك الفرد (يتبع) على التدعيم، هي الظرف السابق antecedent الحاسم لحدوث الاكتئاب وذلك أكثر من الكمية الكلية من التدعيمات التي يتلقاها الفرد. وبناء على هذا الافتراض، يمكننا أن نتنبأ الاكتئاب عندما تكون هناك احتمالية منخفضة في إن سلوك الفرد سوف يتبع بالتدعيم وأيضا عندما تكون هناك احتمالية مرتفعة أن يدعم الفرد عندما لا يصدر عنه السلوك. ويعتقد لوينسون وزملاؤه أنه تحت كلا الظرفين، تنخفض احتمالية صدور السلوك من جانب الفرد.

٢- انخفاض تقدير الذات، التشاؤم، ومشاعر الذنب، هي بعض التغيرات changes المعرفية (الاتجاهية) التي تلاحظ عموما لدى الأفراد المكتئبين، على الرغم من أن المظاهر المحددة تختلف من فرد إلى آخر. أنهم يرون أن هناك بعض المرضى المكتئبين الذين لا يتصفون بانخفاض في تقدير الذات، كما أن هناك العديدين الذين ينقصهم مشاعر الذنب. ويفترض

لوينسون وزملاؤه أن التغيرات المعرفية تعتبر تفصيلات ثانوية لمشاعر الضيق، والتي بدورها يفترض أن تكون نتيجة لمعدل منخفض من التدعيمات الايجابية.

٣- يفترض أن يكون دور العدوانية hostility ثانويا للمعدل المنخفض للتدعيمات الايجابية ويعتقدون أن السلوك العدواني ربما يفترض أن يستثار elicited بالمعدل المنخفض من التدعيمات الايجابية في الفرد المكتئب. وعندما يتم التعبير عن الاستجابات العدوانية، فإنها تخدم في تنفير وابتعاد alienate الآخرين، ولذلك، فإنها تسهم أكثر في العزلة الاجتماعية للفرد المكتئب. وبالتالي يتعلم أن يتجنب التعبير عن ميوله العدوانية وذلك بكبتها أو إخفائها.

٤- يفترض أن تستثير عدد مختلف من الأحداث البيئية (الفقدان بسبب الموت، الانفصال، الرفض، الفقر، سوء الحظ) أو فقدان لمهارة هامة (من خلال إصابة في العمود الفقري أو مرض في الدماغ) حالات اكتئاب، وذلك تبعا لحقيقة أن العديد من هذه الأحداث تحرم الفرد من مصادر هامة للتدعيم.

ويمكن تلخيص وجهة نظر لوينسون وزملائه في الاكتئاب بالقول أنهم عرضوا الاكتئاب من خلال إطار نظرية التعلم. أنهم يرون أن انخفاض معدل الاستجابات التي تؤدى إلى التدعيم الايجابي هو عنصر سببي ومحافظ على بقاء الاكتئاب. إن السلوك المكتئب يعتقد أنه ينتج كنتيجة لانخفاض تكرارية أو نوعية الاستجابات المؤدية إلى التدعيم. أنه ليس المعدل المطلق absolute للتدعيم في حد ذاته الذي يكمن وراء نمو وبقاء الاكتئاب ، ولكنه بالأحرى معدل أو نسبة التدعيم الايجابي المتحصل acquired عليه اعتمادا contingent على سلوك الفرد . ويرى لوينسون وزملاؤه، أنها ليست فقط أحداث بيئية، بل سمات وحالات كائنية أو عضوية organismic (مثل نقص فى المهارات الاجتماعية) يمكن أن تؤدى إلى انخفاض في معدل التدعيمات الايجابية. بالإضافة إلى ذلك، فقد ركزوا على دور التدعيمات البيئية، مثل: التعاطف، الاهتمام، في الإبقاء على السلوك الاكتئابى.

ثانيا:النظرية المعرفية من وجهة نظر بك Beck في الاكتئاب:

*- في بداية نمو نظريته، فرق بك بين ثلاثة مستويات ربما تلعب دورا في الاكتئاب وعلاجه: الأفكار الأوتوماتيكية Automatic thoughts ـ المخططات (أو الافتراضات الأساسية) Schemas ـ التشويهات او التحريفات المعرفية Cognitive distortions.

أولا : تعتبر الأفكار الأوتوماتيكية مستوى سطحي للمعارف والتي يمكن أخراجها للوعي بطريقة سهلة بواسطة المريض والاكلينيكى. إن المكتئبين من الأفراد نمطيا لديهم أفكار سلبية عن أنفسهم وعن العالم وعن مستقبلهم (وهذا ما يعرف بالثالوث الاكتئابي) وهذا الثالوث يجسد موضوعات themes عدم القيمة ، مشاعر الذنب ، عدم الكفاءة ، الانهزام ، الحرمان ، الوحدة واليأس. وتتصف الاضطرابات الأخرى ـ غير الاكتئاب ـ بأفكار مختلفة تماما. هذه الأنماط من الأفكار (أو التصورات) يشار إليها بأنها "أوتوماتيكية" لأنها تظهر عفويا، وعادة فهي تنطلق بسرعة fleeting،

وربما تتلاشى دون أن يدركها الفرد إلا إذا تم توجيهه لرصدها بطريقة قصدية. هذه الأفكار الأوتوماتيكية والتي تعكس تقييم الفرد للموقف أكثر من الموقف الفعلي الموضوعي، تؤدى إلى استجابات المريض الانفعالية والسلوكية. هذه الاستجابات سوف تكون غير سوية إلى المدى التي تكون عليه التقييمات مشوشة أو مبالغة، والتي سوف تحدث عندما تنشأ من عمل operation المخطط المختل وظيفيا.

ثانيا : ويمكن اعتبار المخططات نماذج داخلية لجوانب الذات والعالم التي يستخدمها الأفراد لإدراك وترميز واسترجاع المعلومات. وتنمو المخططات عبر طريق من الخبرات المحددة الكثيرة ، وهى متكيفة adaptive طالما تسهل عملية معالجة معلوماتinformation processing أكثر كفاءة، فهي تمكن الفرد من ربط معلومات جديدة بمعلومات قديمة، وذلك حتى يمكن إدراكها واستعادتها بطريقة أكثر إمكانية، ويمكن أن يتخذ التصرف المناسب وقت الحاجة إليه.

وقد أوضحت الدراسات التجريبية لعلم النفس المعرفى والدراسات المعرفية الاجتماعية ــ مع ذلك ــ أن هذه الفاعلية تتضمن أوتوماتيكيا تحيز تجاه ترميز encoding واسترجاع retrieving أفكارمتناغمة مع المخطط، على حساب معلومات مضادة للمخطط. أن تمثيل assimilation المعلومات الجديدة للمخطط يحدث بسهولة أكثر من تكيف أو توافق المخطط للمعلومات الجديدة.

إن النظريات المعرفية في الاضطرابات النفسية ترى أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات انفعالية لديهم مخططات معينة تدفعهم للتحيز نحو رؤية ــ إدراك ــ المواقف في عبارات: الفقدان ، الخطر، أو أنماط أخرى من التهديد للذات. إن المخططات التي تنتظم حول هذه الموضوعات ربما تكون عامة universal ذلك بسبب قيمتها التكيفية، ومع ذلك ، لدى بعض الأفراد فإنها تكون نامية بشكل قوى بسبب خبراتهم النمائية المعينة. وعلى الرغم من أن هذه المخططات ربما تكون ساكنة dormant نسبيا في أغلب الأحيان، فهي يمكن أن تصبح نشطة نتيجة حدوث أحداث حياتية ضاغطة محددة أو حالات مزاجية سالبة محددة. وبمجرد أن تنشط فإن هذه المخططات ربما تسيطر على إدراك الفرد للمواقف الجديدة ، وبالتالي الإبقاء على الحالة الانفعالية. (Robins., &Hayes, 1993, pp.205-214)

ويوجد لدى كل شخص مجموعة من المخططات، فالمخطط جهاز هام لتشكيل معلوماتنا وإكسابها المعاني وما توحي به من توجهات. ويقتضى التفكير المنطقي بصورته السوية إن تتصف المخططات بدرجة من المرونة تسمح لها أن تؤسس نفسها على قدر معقول من الموضوعية في معالجة التنبيهات الواردة على الفرد. أما لدى المكتئبين، فإن هذه المخططات تكون على درجة عالية من التصلب أو الجمود، وتكون عموما ذات توجه سلبي، ومن ثم فهي تشكل إدراكهم وتذكرهم وتقييمهم للأشياء والأحداث في الاتجاه السلبي.

وحددت النظرية المعرفية ستة عشر مخططا رئيسيا تظهر لدى المكتئبين. ويجرى اكتسابها ودعمها من خلال خبراتهم الاكتئابية. وتنتظم هذه المخططات حول ستة محاور رئيسية؛ وفيما يلي

هذه المحاور وما يقع على كل منها من مخططات.(مصطفى سويف،بدون تاريخ) (يونج، بك وواينبرجر، ترجمة صفوت فرج، ٢٠٠٢) .

المحور الأول:- ضعف الاستقرار مع الانفصال عن الآخرين:

ومضمونه وجود توقع بأن حاجة الشخص للشعور بالأمن والاستقرار والتعاطف لا يمكن إشباعها فى حدود سياق العلاقات الأسرية الحميمة. والغالب فإن العائلات التى ترسب عند الطفل هذا التوقع يكون بها نوع من الانفصال غير الصحي، ويكون فيها انفجارات انفعالية كثيرة مؤذية فى أوقات كثيرة. ولهذا المحور ثلاث مخططات:

- الهجر:

وفيه يدرك الطفل الصغير جدا فى السنوات الأولى، عدم الثبات وعدم الاستقرار فى المحيطين به الذين يقدمون له الحماية. ويقوم هذا المخطط على أن الآخرين الذين لهم قيمة لن يستمروا فى تزويده بالدعم العاطفي، أو الشعور بالتعلق أو القوة أو الحماية العملية ، لأنهم عاطفيا غير مستقرين، وبالتالى لا يمكن التنبؤ بسلوكهم ولا يمكن الاعتماد عليهم، لأنهم يمكن أن يتركوه ويهجروه لكي يذهبوا إلى طفل آخر أفضل منه.

- ضعف الثقة بالآخرين وتوقع الإساءة :

وهنا لا يستطيع الطفل أن يثق فيمن حوله ضمنا وليس صراحة، وأنه قد يتوقع منهم الإيذاء فى أى وقت، وأنهم سوف يسيئون إليه، وسوف يقومون باذلاله، وسوف يقسون ويكذبون عليه ويتلاعبوون به لمصلحتهم. وفى لحظة ما، سوف يواجه بانفجارات انفعالية منهم.

-الحرمان العاطفي :

ويوجد ثلاثة أنواع من الحرمان: أ- حرمان من الرعاية بوجه عام. ب- حرمان من الحماية. جـ- حرمان من التعاطف. وهذه المعانى الثلاثة من الحرمان يربط بينهم اسم المحور وهو: ضعف الاستقرار مع الانفصال عن الآخرين.

المحور الثاني: التلقائية المنقوصة، وله ثلاث مخططات:-

الاعتماد على الآخرين /عدم الكفاءة :

وحيث يكون الاعتقاد عند الشخص بأنه عاجز عن معالجة مسئولياته اليومية بطريقة تتميز بالكفاءة دون أن يتلقى مساعدة من الآخرين.

٢- الاستهداف للأذى والمرض:

وهو خوف مبالغ فيه بأنه سوف تقع مصيبة، وشعور مستمر بالتهديد ولذلك يستمر الفرد معتمدا على الآخرين.

٣- الاندماج في الآخرين / قصور نمو الذات:

هنا يكون الشخص تقريبا تابعا فى توجهاته حتى فى عاطفته للآخرين. ويكون لديه كذلك اندماج عاطفي مغالى فيه وارتباط شديد بشخص أو بأكثر فى مجموعة أفراد عائلته المحيطة به، على حساب التفرد أو الارتقاء الاجتماعي للشخصية بصورة سوية.

المحور الثالث: التنفير أو انعدام الجاذبية: وله ثلاث مخططات: -

١- كثرة العيوب / الخزي :

يشعر الشخص بأنه معاب داخليا، وبالتالي لا يمكن للآخرين أن يحبوه، وخاصة المهمين فى حياته. والذي يمكن أن يرسخ هذه المشاعر لدى الطفل بعض خبرات الحياة التى تحدث له، أو شعوره بالخزي إزاء بعض عيوبه التي يستشعرها بداخله.

٢- انعدام الجاذبية الاجتماعية:

يغلب على الفرد الاهتمام بالمظهر الخارجي ورأى الآخرين. فيكون الفرد مقتنعا بأن الآخرين ينفرون منه، ويعتقد أن شكله غير مقبول لدى الآخرين، وبالتالى يكون لديه الشعور بالاغتراب.

٣- العجز عن الإنجاز:

فى هذا المخطط، يعتقد الفرد أنه من المؤكد سوف يفشل، أو أنه مقارنه بأقرانه فهو أقل منهم.

المحور الرابع:- محدودية أو قمع التعبير عن الذات: وله مخططان هما:

١- العبودية أو الاستعباد:

وهو تسليم مبالغ فيه بأنه لا يتخذ قرارات، وأنه لن يتحكم فى قراراته وتفضيلاته، وعادة ما يكون مختبئ وراء هذه المظاهر السلوكية، يتحاشى غضب الآخرين الذى قد يحل فى أى لحظة والثأر والهجر التام.

٢- الكف العاطفي أو الوجداني:

وجود صعوبة شديدة جدا فى مناقشة مشاعره أو عواطفه، سواء كانت مشاعر حزن أو مشاعر سعادة، لأنه فى حالة توقع دائم أن أى تعبير سوف يصدر عنه سوف يكشف عن هذه المشاعر وسوف يؤدى إلى فقدان القيمة الذاتية، سوف يؤدى إلى أنه سوف يؤذى من حوله، ويؤدى إلى معاقبتهم له لأنه عبر بهذه الصورة.

المحور الخامس: محدودية أو قمع الإشباع:- وله ثلاث مخططات:-

١- تضخم الشعور بالمسئولية:

ويغالى الشخص فى التضحية بنفسه لكى يسعد الآخرين، بصرف النظر أن هذا سوف يرضيه هو أو لا، أى على حساب إرضاء جوانب معينة فى نفسه. ومن أهم الأسباب والمبررات التى يصوغها الفرد ما يلى: أ- أنه لا يريد إيلام الآخرين. ب- يتحاشى أن تظهر عنده مشاعر الذنب. ج- التضحية للتقليل من الضرر ولكى يحظى بتقدير الآخرين.

٢- المغالاة في المعايير للذات والآخرين (معايير التحصيل، الانضباط، الأخلاقيات):

وفى هذا المخطط، فإن محاولات الفرد لا تتوقف عن أن يرقى إلى توقعات رفيعة جدا من نفسه أو من الآخرين، فيضع معايير قاسية على حساب سعادته وصحته وراحته.

٣- السلبية/ التشاؤم:

يكون التركيز فى هذا المخطط على مدى امتداد العمر على جوانب الحياة السلبية مثل: الموت، الخسارة، خيبة الأمل، الصراع والذنب.

المحور السادس: اختلال الحدود:- وله مخططان وهما :-

١- التمركز في الذات:

ويشير هذا المخطط إلى أن الشخص لديه إصرار شديد ومغالى فيه على أن من حقه أن يحصل على كل ما يريد، بغض النظر عما يعتبره الآخرون أنه مطلب معقول، حتى لو يتم هذا المطلب على حساب الآخرين.

٢- ضعف ضبط النفس:

فى هذا المخطط، يجد الفرد صعوبة شديدة فى أن يتحكم فى نفسه أو أن يضبط انفعالاته ورغباته وتعبيراته، ويجد صعوبة فى تحمل بعض أنواع الحرمان ومن أن ينال بعض الأهداف التى يسعى إليها، ويحاول الحصول على أشياء أكثر فأكثر.

ثالثا : التشويهات المعرفية: يمكن تصنيف أفكار المكتئب تبعا للطرق التي تنحرف بها عن المنطق أو التفكير الواقعي. فيمكن تصنيف العمليات المعرفية أما إلى ما يشبه المنطق Para logical وذلك مثل: الاستدلال الاعتباطي arbitrary inference ، التجريد الانتقائي selective abstraction، والتعميم المبالغ overgeneralization وأما إلى ما يسمى الأسلوب stylistic وذلك مثل المبالغة أو التقليل exaggeration or magnification and minimization، وأما ما يسمى المحتوى semantic وذلك مثل التسمية أو العنونة غير الصحيحة inexact labeling وفيما يلي وصفا لهذه التشويهات المعرفية. (Beck, 1967, PP.233-235)

الاستدلال الاعتباطي: ويعرف بأنه العملية التي يتم فيها التوصل إلى نتيجة ما من موقف أو حادثة أو خبرة، في الوقت الذي لا يوجد فيه أي دليل ليدعم هذه النتيجة ، أو عندما تتعارض النتيجة مع الموقف أو الحادثة أو الخبرة. مثال: مريض موجود بالمصعد، جاءته فكرة: أن عامل المصعد يعتقد أنى شخص تافه. وشعر المريض بالحزن، وعندما سؤل بواسطة المعالج ، أدرك بعدم وجود أي أساس حقيقي لهذه الفكرة. ويميل هذا النمط من التشويه في التفكير للحدوث بالذات عندما يكون المثير غامض (الموقف أو الحادثة أو الخبرة).

التجريد الإنتقائى: ويشير إلى عملية التركيز على عنصر بعيدا عن المحيط context ، وتجاهل مظاهر أكثر وضوحا في الموقف، وفهم الخبرة كلها على أساس هذا العنصر. مثال: مريضة كانت قد امتدحت من جانب رئيسها عن بعض جوانب عملها. وعند نقطة ما، طلب منها رئيسها التوقف عن عمل نسخ إضافية لا لزوم لها من مراسلاته، وكان تفكيرها الفورى: أنه غير راض عن عملي. وقد أصبحت هذه الفكرة مسيطرة على الرغم من كل عبارات رئيسها الايجابية التي وجهها لها

التعميم المبالغ: فيه تأخذ حادثه أو عنصر واحد كممثل لفئة واسعة من المواقف أو العناصر، فالفرد يصل إلى نتيجة عامة عن قدراته أو أدائه أو قيمته على أساس حادثة واحدة. مثال: ذكر مريض هذه السلسلة من الأحداث التي تحدث في فترة نصف ساعة فقط : إن زوجته كانت مستاءة لأن الأطفال كانوا بطيئين في ارتداء ملابسهم. وكان تفكيره: أنه والد سيئ لأن الأطفال غير منضبطين. ولاحظ هو بعد ذلك.. أن صنبور المياه يرشح بعض الماء، وفكر في أن هذا يوضح أنه أيضا زوج رديء أو سيئ. وبينما هو سائقا إلى عمله.. فكر: يجب أن أكون سائقا سيئا، وإلا لما كانت كل السيارات الأخرى تسبقني. وعندما وصل إلى عمله لاحظ أن بعضا من الموظفين الآخرين قد وصلوا قبله. ففكر: لا يمكن أن أكون مخلصا للعمل وإلا لكنت جئت مبكرا عن ذلك. وعندما لاحظ دوسيهات وأوراق ملقاة على مكتبه.. توصل إلى: أنا شخص سيئ التنظيم و لدى الكثير من العمل لتأديته.

التضخيم والتقليل: ويشير إلى خطأ واضح في التقييم يصل إلى حد التشويه. هذا النوع من التفكير المشوه، يظهر عندما يقلل الفرد من أدائه، أو تحصيله، أو قدراته، ويضخم في ذات الوقت من حجم مشاكله ومهامه. ومثال آخر يظهر في المبالغة في شدة أو دلالة حادثة صادمة. فإن رد فعل

المريض الأولى لحادثة غير السارة، يكون في اعتبارها فاجعة أو كارثة، بينما يلاحظ الاكلينيكى أن هذه الحادثة غير السارة مشكلة صغيرة. مثال: ذكر رجل أنه ظل متضايقا ومحبطا لما حدث من تحطيم لمنزله نتيجة لعاصفة عندما اكتشف ما حدث من تحطيم لأول مرة، كان تسلسل تفكيره كالتالي: أن أحد جوانب المنزل قد تصدع سوف يحتاج لثروة لإصلاحه. وكان رد فعله الفوري أن فاتورة الإصلاح سوف تكون عدة آلاف من الدولارات. وبانتهاء الصدمة الأولى، أدرك أن ما حدث من تصدع في بيته شيء بسيط، وأن الإصلاح سوف يتكلف حوالي ٥٠ دولار فقط.

العنونة غير الصحيحة: ويرى بك أن العنونة غير الصحيحة غالبا ما تساهم في النوع الأخير من التشويه ــ التضخيم أو التقليل ــ إن رد الفعل الانفعالي يتناسب للمسمى الوصفي للحادثة، وليس للشدة الحقيقية للموقف الصادم.مثال ذلك: احد المرضى الذى اعلن خلال جلسة العلاج انه كان فى غاية الضيق لأن رئيسه قد وبخه بشدة ، وبعد قليل من التفكير أدرك انه قد بالغ من الواقعة و ان الوصف الاكثر مناسبة لما حدث هو أن رئيسه قد قام بتصحيحه لخطأ كان قد ارتكبه . وبعد اعادة تقييم الواقعة شعر بتحسن و أدرك أيضا أنه كلما يتم تصحيحه او نقده من اى شخص ذى سلطة كان مهيأ لوصف ذلك على انه توبيخ .

وعلى الرغم من أن أنماط التحريف المعرفي هذه يمكن عزلها نظريا ، إلا أن أي فكرة يمكن أن تعكس أكثر من نمط من هذه الأنماط. إن النموذج المعرفي يدرك أن المزاج يؤثر في التفكير، كما يحدث العكس أيضا، وأن المعارف تؤثر أيضا في السلوك بطرق ربما تحدث أو تنتج مواقف ضاغطة، والتي بالتالي سوف تحدث لدى الإفراد أفكار محبطة upsetting .إذن فان التفكير يلعب دورا واحدا في سلسلة من التأثيرات الديناميكية المتداخلة. ومع ذلك فان النموذج المعرفي يركز على تأثير التفكير على المزاج و السلوك ويهدف أساسا إلى تغيير العمليات المعرفية للمريض. Beck, 1967 , pp. 233-235).

ويمكن تلخيص وجهة نظر بك فى الاكتئاب فى النقاط التالية :

أ – تكون نموذج بك المعرفى من أنماط معرفية ثابتة نسبيا (مخططات) وهى: نظرة سالبة عن الذات وعن العالم وعن المستقبل (الثالوث المعرفى)؛ وعملية معالجة معلومات معيبة أو خاطئة (التشويهات المعرفية) لتكون مسئولة عن الأساس النفسى للاكتئاب .

ب – إن المخططات تمثل المكونات البنائية الأساسية للتنظيم المعرفى والتى من خلالها يتعرف الكائن ويفسر ويصنف ويقييم خبراته. وتتصف مخططات الفرد المكتئب بوجهات نظر سالبة: رؤية الذات على أنها معيبة defective، غير كفء وغير مرغوب فيها ، ورؤية العالم كمطالب demanding محبط أو انهزامى defeating ،والنظر إلى المستقبل على أنه عقيم ومليىء باليأس .

جـ- لقد افترض بك أن المخططات السالبة يتم تفجرها أو ظهورها بحدوث (أو إدراك حدوث) أحداث حياة سالبة، ويتم المحافظة عليها بميل الفرد إلى تشويه المعلومات الواردة إليه بطريقة منظمة فى أسلوب غير توافقى أو سلوك انهزامى.

د- وتبعا لبك، فان وجدان affect وسلوك الفرد يتم تحديدهما إلى حد بعيد بالطريقة التى بها يبنى أو يفكر فى العالم. وقد اقترح بك أن خبرات الحياة المبكرة تؤثر فى طبيعة التنظيم المعرفى للفرد وذلك لأنها تخدم كأساس منه تتشكل مفاهيم سالبة عن الذات والعالم والمستقبل. إن الأفراد الذين ينمون وجهات نظر سالبة عن الذات والعالم والمستقبل ، والذين يحافظون على وجهة النظر هذه من خلال التشوهات أو الانحرافات المعرفية يكونوا مهيئين للاكتئاب عندما تنشط المخططات بخبرات حياة سالبة مماثلة أو مشابهة بتلك التى ساهمت فى نمو المخططات السالبة .

VI - قياس الاكتئاب

يوجد العديد من مقاييس الاكتئاب الموضوعية، إلا أن أشهر هذه المقاييس وأكثرها استخداما في المجال هو مقياس بك BDI فحتى نوفمبر ٢٠٠٥ ذكر في الشبكة الدولية للمعلومات اسم المقياس في ٥٠١٠٠٠ دراسة استخدمت المقياس أو أشارت إليه. ويوجد الآن صورتين للمقياس، الأولى هى تطوير لأول نسخة ظهرت للمقياس والتي ظهرت عام ١٩٦١، وقد نشرت هذه النسخة عام ١٩٧٩، وتعرف الآن في المجال ب BDI –IA ، بمعنى مقياس بك للاكتئاب الأول I والمعدلة amended A ، ويوجد من هذه الصورة، نسخة مختصرة. والصورة الثانية هي أحدث تطوير للمقياس وتعرف بمقياس (د ـــ ٢) أو BDI –II ونشرت عام ١٩٩٦. وسوف نتناول بالشرح كلا الصورتين ، ثم نتناول بعد ذلك مقياس الاكتئاب (د) للصغار CDI ، وكانت الصورة الأولى له عملا مشتركا بين بك ومؤلفته ماريا كوفاكس، وتم تصميمه على نفس نمط مقاييس بك ويتبع في تطبيقه وتصحيحه تقريبا نفس الطرق المستخدمة في مقاييس بك .

أولا:- مقياس الاكتئاب (د) BDI- IA:

نشر المقياس لأول مرة عام ١٩٦١ تحت اسم BDI ولقد أشترك أكثر من باحث في إعداده مع بك، ثم ظهرت الصورة المعدلة amended عام ١٩٧٩ وذلك بعد خضوعها لعدة تعديلات في مرجع لبك وزملائه عن العلاج المعرفي للاكتئاب. (Beck, et al, 1979)

ويلاحظ أن العديد من التغيرات قد حدثت على أول نسخة للمقياس التي ظهرت عام ١٩٦١ والتي للأسف تستخدم حتى الآن في بعض الأقسام العلمية لعلم النفس أو الأقسام النفسية بالمستشفيات.

قام بك وزميلا له باسم بك أيضا بعمل نسخة مختصرة للمقياس عام ١٩٧٢، وأثبتت الدراسات أنها تعطى تقريبا نفس نتائج النسخة الكلية. (غريب عبد الفتاح ،١٩٩٩،ص ٦).

وصف المقياس:-

يتكون المقياس في صورته الكلية من ٢١ مجموعة من العبارات ، تتكون كل منها من أربع عبارات ، تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الاكتئاب من ٠- ٣ وقد تم التوصل إلى بنود المقياس من الملاحظات الإكلينيكية للأعراض والاتجاهات التي كانت تظهر على المكتئبين بتكرار أكثر من ظهورها على غير المكتئبين، ولم يتم اختيار أي من البنود اعتمادا على نظرية محددة في الاكتئاب.

أما المقياس المختصر، يتكون من ١٣ مجموعة من العبارات فقط، وقد وجد ت معاملات ارتباط تدور كلها حول التسعينيات بين النتائج على المقياس الكلى و نتائج الصورة المختصرة.

والبنود الثلاثة عشر التي يتكون منها المقياس المختصر هى:- ١- الحزن. ٢- التشاؤم. ٣- الشعور بالفشل. ٤- عدم الرضا. ٥- الشعور بالذنب. ٦- عدم حب الذات. ٧- إيذاء الذات. ٨- الانسحاب الاجتماعي. ٩- التردد. ١٠- تغير صورة الذات. ١١- صعوبة النوم. ١٢- التعب. ١٣- فقدان الشهية.

ويستخدم مقياس الاكتئاب (د) أساسا لتقييم شدة الاكتئاب ، و يستخدم مع المرضى النفسيين و مع الأسوياء أيضا ، ويمكن تطبيق المقياس فى البيئة العربية بدءا من سن ١٥ سنة فيما فوق .

درست المواصفات السيكومترية للمقياس في مصر و الإمارات و الخارج ، و يمكن الرجوع إلى كراسة تعليمات المقياس للاطلاع على هذه المعلومات.

تطبيق وتصحيح مقياس الاكتئاب (د) BDI-IA

أ- يمكن استخدام المقياس فرديا أو جماعيا في حالة التطبيق على الأسوياء (يطبق المقياس فرديا في حالة التطبيق على المرضى)، و تتضمن الصفحة الأولى من ورقة الإجابة التعليمات التفصيلية التي توضح طريقة الاستجابة للمقياس، و يسجل المفحوص استجابته على نفس ورقة الأسئلة.

ب- إذا طبق المقياس فرديا، يكفى أن يطلب من المفحوص قراءة التعليمات الواردة بالصفحة الأولى من ورقة الإجابة ، ثم البدء في الاستجابة للمقياس، و يختلف الأمر مع المرضى، حيث يفضل أن يعاون الفاحص المفحوص في قراءة عبارات المقياس لو وجد أن الموقف يستدعى ذلك.

جـ - يستغرق تطبيق ألمقياس ما بين ٥ - ٧ دقائق فئ التطبيق مع الأسوياء، إلا أن بعض المفحوصين قد يستغرق وقتا أطول، ولا يوجد وقت محدد للإجابة على المقياس.

ء- وفى التطبيق يطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رقم العبارة التي تصف حالته خلال الأسبوعين الماضيين بما في ذلك يوم التطبيق وذلك فئ كل مجموعة عبارات بما فئ ذلك العبارة رقم (٠) على أن تكون العبارة المختارة هي أكثر العبارات الأربع التي تصف بطريقة أفضل حالته .

هـ- في التصحيح، يقوم الفاحص بجمع الدرجات التي حصل عليها المفحوص في المجموعات الثلاثة عشر كما هي بالضبط تحت الدوائر التي وضعها المفحوص.
و- تتراوح الدرجة على المقياس ما بين صفر (لا يوجد اكتئاب) إلى ٣٩ وهى الحد الأقصى التي يمكن أن تصل إليها شدة الاكتئاب باستخدام مقياس (د) المختصر.

المعايير :

أ- يتوافر نوعان من الدرجات المعيارية للمقياس في البيئة المصرية؛ المعايير المئينية والمعايير التائية.
ب- تكونت عينة التقنين فى مصر عدد ١٦٨٦ فردا ، منهم ٩٥٥ أنثى و ٧٣١ ذكرا .
جـ- تتوافر المعايير المئينية والمعايير التائية لطلاب الثانوي بنين و بنات وطلاب الجامعة بنين وبنات و من فى أعمارهم .
ء - تم عمل درجات فاصلة أو قاطعة أو حدية cut-off scores لكل فئات العمر التي تغطيهاعينة التقنين ، وحددت مستويات الاكتئاب كالآتي:
١- لا يوجد أو ضعيف Non –Minimal. ٢- خفيف.Mild ٣- معتدل Moderate.
٤- شديد severe وذلك تماشيا مع شدة الاكتئاب في الدليل التشخيصي والاحصائى الرابع.(غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٩ ، ٢٤١).

ثانيا مقياس الاكتئاب (د – ٢) BDI –II

يعتبر مقياس الاكتئاب (د – ٢) أحدث صورة مطورة لمقياس الاكتئاب (د) BDI و ومنذ ظهور المقياس الجديد سمى المقياس الأول BDI-IA للتفرقة بين المقياسين.

تمت العديد من التغييرات في مجموعات بنود المقياس الأول، إلا أن عددها وهو ٢١ ظل كما هو، وكذلك طريقتي التطبيق والتصحيح، وكذلك الحد الأدنى والحد الأعلى للدرجات التي يمكن أن يحصل عليها المفحوص على المقياس كما هي تتراوح ما بين صفر– ٦٣ درجة، كما في المقياس الأصلي في صورته الكاملة.

تم تصميم المقياس، وإعادة صياغة بنوده بالتغيير والإضافة تلبية لمتطلبات محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل التشخيصي والاحصائى الرابع للاضطرابات العقلية. وتمثلت التغيرات الجوهرية في:

أ – امتداد المدة الزمنية للتعبير عن استجابة المفحوص للعبارات، حيث أصبحت أسبوعين اي، يطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيرا عن حالته خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك يوم تطبيق المقياس.

ب- تم تغيير مجموعتي العبارات التي تتناول أعراض النوم، ونمط تناول الطعام ، وذلك لتلبية مطالب محكات التشخيص للنوبة الاكتئابية، حيث أصبحت بنود المجموعتين تتعامل مع كل من

الزيادة والنقصان في تناول الطعام و في النوم بدلا مما كان عليه الحال في الصورة الأولى، وحيث كانت تتناول بنود النوم الانخفاض فيه، وكانت تتعامل بنود الطعام الانخفاض في الشهية للطعام فقط.

الأعراض ال٢١ التي يقيسها مقياس الاكتئاب (د ــ٢) BDI –II

١- الحزن.Sadness ٢- التشاؤم.Pessimism ٣- الفشل السابق.Past Failure ٤- فقدان الاستمتاع. Loss of Pleasure ٥- مشاعر الإثم. Guilty Feelings ٦- مشاعر العقاب. Punishment Feelings ٧- عدم حب الذات.Self dislike – ٨- نقد الذات. Self-Criticalness ٩- الأفكار أو الرغبات الانتحارية. Suicidal Thoughts or Wishes ١٠- البكاء Crying ١١- التهيج والاستثارة. Agitation ١٢- فقدان الاهتمام.Loss of Interest ١٣- التردد. Indecisiveness ١٤- انعدام القيمة. Worthlessness ١٥- فقدان الطاقة. Loss of Energy ١٦- تغيرات فى نمط النوم. Changes in Sleep Pattern ١٧ - القابلية للغضب أو الانزعاج. Irritability ١٨- تغيرات فى الشهية. Changes in Appetite ١٩- صعوبة التركيز. Concentration Difficulty ٢٠- الإرهاق أو الإجهاد Tiredness or Fatigue. ٢١- فقدان الاهتمام بالجنس. Loss of Interest in Sex

المواصفات السيكومترية والمعايير والدراجات الفاصلة: لمقياس الاكتئاب (د ــ٢)BDI -II

أ- تتوافر العديد من معاملات الصدق والثبات للمقياس في البيئات الأجنبية وفى مصر، كلها مذكورة بكراسة التعليمات .

ب- أجريت ثلاثة أبحاث منفصلةو تم نشرها عن المقياس قبل نشره للاستخدام العام فى مصر، تتناول المواصفات السيكومترية والمعايير والدرجات الفاصل .

جـ- بالنسبة للمعايير: تكونت عينة المعايير في مصر من ٣١٧٢ مفحوص منهم ٣١٥ من المرضى النفسيين. وتتوافر معايير تائية لفئات السن من ١٥ سنة إلى ما فوق الستين سنة، وتغطى الفئات: الثانوي بنين وبنات، الجامعة بنين وبنات، العاملين والعاملات، المرضى النفسيين نساء وذكور، وما في أعمارهم.

ــ بالإضافة إلى توافر الدرجات الفاصلة أو القاطعة أو الحدية. cut -off scores لكل الفئات السابقة والتي تتواكب في الشدة ما بين الفئات التالية: لا اكتئاب أو ضعيف Non-Minimal ، خفيف Mild ، معتدل Moderate ، شديد Severe

نؤكد ما قاله معدوا المقياس الأصلي BDI –II، من أنه لم يقصد من المقياس أن يكون أداة لتشخيص اكلينيكى، لذلك يجب استخدامه بحذر بوصفه أداة تشخيصية منفردة ، إن تحديد مستوى الاكتئاب ، وتأسيس تشخيص الاكتئاب يتطلب فحص للحالة من جانب الأخصائي الكلينيكى ولا يعتمد فقط على درجات مقياس الاكتئاب (د ــ٢) أو أي مقياس آخر للاكتئاب. (غريب عبد الفتاح، ٢٠٠٠، ص ٤٢)

ونشير أيضا إلى أن الدرجات الفاصلة لتقييم شدة الاكتئاب لدى المرضى العقليين، على الرغم من أنها تستخدم في تقييم شدة الاكتئاب لدى هؤلاء الأفراد في حالة معاناتهم من الاضطراب النفسي مقارنة بغيرهم من المرضى بالامراض النفسية الاخرى ، إلا أنه على الأخصائي الكلينيكى أو المعالج النفسي أن يتطلع دائما إلى أن تكون أحدى علامات تقدمهم في العلاج وتحسن حالتهم هى إمكانية مقارنة شدة اكتئابهم بالدرجات الفاصلة لتقييم شدة الاكتئاب الخاصة بفئة العاديين من الأفراد الذين ينتمون إليها من ناحية العمر والجنس ، وألا يظل مقيدا بتقييم شدة اكتئاب هؤلاء المرضى بالدرجات الفاصلة للمرضى العقليين (غريب عبد الفتاح، ٢٠٠٠، ص ٤٥) .

ثالثا: مقياس الاكتئاب (د) للصغار CDI

أعدت هذا المقياس في الأصل ماريا كوفاكس Kovacs ، بعد إجراء دراسة استطلاعية اشتركت فيها مع بك.

يغطى المقياس طائفة واسعة من الأعراض الاكتئابية، تتضمن : الاضطراب في المزاج ، وفى القدرة على الاستمتاع ، وفى الوظائف النمائية ، وتقدير الذات ، وسلوك الفرد مع الآخرين ، كما تدور بنود المقياس حول ما يتركه الاكتئاب من آثار في مجالات مرتبطة بالأطفال مثل: المجال المدرسي. ويناسب المقياس الأطفال من سن ٧سنوات إلى ١٨ سنة.

وصف المقياس: يتكون المقياس من ٢٧مجموعة من العبارات تتكون كل منها من ثلاث عبارات، على المفحوص أن يقوم باختيار أحداها ، وتأخذ العبارة درجات من صفر ــ٢ وذلك في اتجاه ازدياد شدة العرض ، وبذلك فإن الدرجة على المقياس تتراوح ما بين صفر ــ ٥٤.

الأعراض التى يغطيها المقياس:

يغطى المقياس كما ذكر ٢٧ عرضا وهى:- ١- الحزن. ٢- التشاؤم. ٣- الإحساس بالفشل. ٤- الشعور العام بفقدان الاستمتاع. ٤- التصرف الخاطئ. ٥- القلق التشاؤمى. ٦- كراهية الذات. ٧- تخطيء الذات. ٨- الأفكار الانتحارية. ٩- البكاء. ١٠- انخفاض القدرة على تحمل الإحباط. ١١- انخفاض الاهتمام الاجتماعى. ١٢- التردد. ١٣- تصور سالب للجسم. ١٤- انخفاض في الدافعية للعمل المدرسي. ١٥- اضطراب النوم. ١٦- الإجهاد. ١٧- انخفاض الشهية للطعام. ١٨- انشغالات عضوية أو جسمية. ١٩- الشعور بالوحدة ٢٠- عدم الاستمتاع فى المدرسة. ٢١- العزلة الاجتماعية. ٢٢- انعدام الأصدقاء. ٢٣- تدهور الأداء المدرسي. ٢٤- الانتقاص من قيمة الذات. ٢٥- الشعور بعدم المحبة من الآخرين. ٢٦- عدم الطاعة. ٢٧- مشاكل اجتماعية. (غريب عبد الفتاح، ١٩٩٥، ص٤).

تطبيق وتصحيح المقياس:-

أ- صمم المقياس للاستخدام الفردي ، ويمكن تطبيقه جماعيا على الأطفال الأسوياء ، ولكن لابد أن يطرد عدد أفراد جماعة التطبيق مع الزيادة في سن أفرادها، بمعنى كلما كان سن المفحوصين صغيرا كان عدد أفراد المجموعة قليلا وهكذا.

ب- يقوم الفاحص بقراءة تعليمات المقياس بصوت واضح ، ويطلب من المفحوص متابعته في كراسته بعينه والقلم مارا بكل كلمة ينطق بها الفاحص، ويقرأ معه قراءة صامته. ويجب على الفاحص في التطبيق الجمعي بالذات متابعة كل طفل أول بأول في استجابته للمقياس.

جـ- تنتظم عبارات المقياس كما ذكرنا في ٢٧ مجموعة، كل منها يتكون من ثلاث عبارات. يطلب من المفحوص أن يضع علامة إمام الدرجة جوار العبارة الواحدة التي اختارها من كل مجموعة.

د- **بالنسبة لتصحيح المقياس:** للمقياس مفتاح تصحيح على ورق مقوى، يقوم الفاحص بتفريغ المربعات الكبيرة الموضحة في الشكل (١) في كراسة تعليمات المقياس ص٥ ، ثم يقوم المصحح بإحصاء الدرجات المتواجدة أمام كل مجموعة عبارات.

هـ - المواصفات السيكومترية:- ذكرت العديد من المواصفات السيكومترية، من ثبات وصدق، في البيئات الأجنبية وكذلك فى البيئات العربية ــ مصر والأمارات العربية - وكلها عند مستوى جيد ومقبول إحصائيا (ص ص ٦- ١٢).

الدرجات المعيارية لمقياس CDI والدرجات الفاصلة:-

أ- استخدمت عينة قوامها ٢٠٢٩ تلميذ وتلميذة (١٠١٠ ذكور ،١٠١٩ إناث) من المراحل الابتدائية والإعدادية والثانوية، بنين وبنات.

ب-تطبيقا لاستمرارية مفهوم النمو في المرحلة العمرية لعينة التقنين، تم تقسيم العينة بناء على العمر الزمني إلى ثلاث فئات، وضع لكل فئة معايير خاصة بها، وكذلك معايير خاصة لكل جنس داخل الفئة.

جـ- استخدمت الدرجات التائية بوصفها درجات معيارية معدلة في عمل معايير المقياس، ثم تم عمل درجات فاصلة لشدة الاكتئاب للمقياس (ملحق١، ٢) لكل جنس على حدة، وكل فئة عمرية على حدة. وتتواكب الدرجات الفاصلة لشدة الاكتئاب ما بين الفئات التالية :

لا اكتئاب أو ضعيف Non – Minimal ، خفيف Mild ، معتدل Moderate ، شديد severer .

***لم يقصد من المقياس أن يكون أداة لتشخيص اكلينيكى، لذلك فإنه يجب استخدامه بحذر بوصفه أداة تشخيصية منفردة، إن تحديد مستوى الاكتئاب وتأسيس تشخيص الاكتئاب يتطلب فحص عميق للحالة من جانب الأخصائي الكلينيكى، ولا يعتمد فقط على درجات مقياس الاكتئاب (د) للصغار CDI أو غيره من المقاييس التى تقيس الاكتئاب.**

المراجـــــــــــــــــــــــــــع

أولا المراجع العربية:

١- جيفرى يونج ، آرون بك وارثر واينبرجر(ترجمة صفوت فرج) (٢٠٠٢) الاكتئاب (فى مرجع اكلينيكى فى الاضطرابات النفسية . القاهرة . الانجلو المصرية)

٢- غريب عبد الفتاح(٢٠٠٤): بحوث فى الصحة النفسية.الجزءالثالث القاهرة. الانجلوالمصرية

٣- غريب عبد الفتاح(٢٠٠٣) : بحوث فى الصحة النفسية.الجزء الاول.القاهرة. الانجلوالمصرية

٤- غريب عبد الفتاح (٢٠٠٠): مقياس الاكتئاب (د ــ٢) BDI –II : التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير والدرجات الفاصلة القاهرة. الأنجلو المصرية.

٥- غريب عبد الفتاح (١٩٩٩) علم الصحة النفسية . القاهرة . الانجلو المصرية .

٦- غريب عبد الفتاح (١٩٩٩) مقياس الاكتئاب (د) BDI: التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير والدرجات الفاصلة.القاهرة. الانجلو المصرية.

٧- غريب عبد الفتاح (١٩٩٥): مقياس الاكتئاب (د) للصغار.CDI : التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير (للصورتين العامية والفصحى) والدرجات الفاصلة القاهرة. الانجلو المصرية.

٨- غريب عبد الفتاح (١٩٩٨) نموذج دراسة الحالة. القاهرة. الانجلو المصرية .

٩- غريب عبد الفتاح (١٩٩٥) بحوث نفسية فى دولة الإمارات العربية المتحدة و مصر. القاهرة. الانجلو المصرية.

١٠- غريب عبد الفتاح (١٩٩٥) مقياس توكيد الذات: التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير. الطبعة الثانية. القاهرة. الانجلو المصرية.

١١- مصطفى سويف (بدون تاريخ) محاضرات فى علم النفس الاكلينيكى . القاهرة . جامعة القاهرة. كلية الآداب . قسم علم النفس .

ثانيا المراجع الأجنبية:

12 – Abramson, L., Metalsky, G& Alloy, L. (1989) Hopelessness depression: A theory – based subtype of depression. Psychological Review, 96, No.2, 358-372

13- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (1994) Washington, D.C: American Psychiatric Association.

14- Beck, A. (1967): Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

15– Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979) Cognitive Therapy of Depression .New York: The Guilford Press.

16- Dill, J., & Anderson, C. (1999) Loneliness, shyness, and depression: the etiology and interrelationships In Thomas Joiner & James Coyne (Eds.) The Interactional Nature of Depression .Washington, DC: American Psychological Association.

17- Evans, D. and others (2005): Depression and bipolar disorders. In Dwight L. Evans et al. Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders .New York: Oxford University Press.

18- Goodman, S. & Gotlip, I (2002): Children of Depressed Parents: Mechanisms of Risk and Implication for Treatment .Washington, C: American Psychological Association.

19 - Joiner, T., Coyne, J., and Blalock, J. (1999) On the interpersonal nature of depression: Overview and synthesis In Thomas Joiner, & James Coyne (Eds.) The Interactional Nature of Depression. Washington, DC: American Psychological Association.

20- Lewinsohn, P (1975): The behavioral study and treatment of depression. In Hersen, M., and others (Eds.) Progress in Behavior Modification. New York: Academic Press.

21- Lewinsohn, P (1974): A behavioral approach to depression. In Friedman, R & Katz, M. (Eds.) the Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. New York: John Wiley and sons.

22- Lewinsohn , P & Hoberman, H. (1982): Behavioral and cognitive approaches. In Paykel, E. S. (Ed.) Handbook of Affective Disorders. New York: The Guilford Press.

23- Lewinsohn, P & Shaffer, M. (1971): Use of home observations as an integral part of the treatment of depression. Preliminary report and case studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 37, Ho.1, 87-94.

24- Lewinshon, P & others (1968): Depression: A Clinical-research approach. In R.D. Rubin & C. M. Frank (Eds.) Advance in Behavioral Therapy. New York: Academic Press.

25- Robins, C. & Hays, A. (1993): An appraisal of cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 61, No. 2, 2o5 –214.

26- Ustun, Bedirhan & Kessler, Ron (2002) Global Burden of Depressive Disorders. Journal of Psychiatry .181, 181-183

27- Zuckerman, M (1999): Vulnerability to Psychopathology. Washington, DC: American Psychological Association.

28- Wolpe, J. (1979) the Experimental Model and Treatment of Neurotic Depression .Behavior Research and Therapy .vol.17

Depressive Disorders: Diagnosis, Risk factors, theories and measurements

Dr.Ghareeb Abdel- Fattah Ghareeb
Professor of Mental Health
Faculty of Education, El-Azhar University

Abstract

The study contains many axis: the diagnosis of depressive disorders, the most important risk factors, the most important theories, and the measurement of depressive disorders in children and adulthood.

The first axis the investigator studies Mood Disorders as a whole, showing its components, then, he focuses on the study of depressive disorders as they are a category of Mood Disorders. The investigator provides information on the diagnostic criteria and differential diagnosis of depressive disorders and other disorders which can accompany with it.

The study covers: 1- Major Depressive episode 2 – Depressive Disorders:

A – Major Depressive Disorders B – Dysthymic Disorders C – Adjustment Disorders with depression D – and some other forms of depression still under consideration (Minor depressive disorder, recurrent brief depressive disorder, and depressive personality disorder.

The second axis of the study deals with risk factors of depressive disorders, it contains: sex, family history, personality and temperament, cognitive diathesis, interpersonal vulnerability, interpersonal relationship and stress.

The third axis covers two theories attempt to explain depressive disorders, Lewinsohn behavioral theory and Beck cognitive theory.

The fourth and last axis covers the subject of measuring depressive disorders. This axis contains: BDI-IA, BDI-II, and the children depression inventory. The focus of this axis is on the description of each scale and the validity and reliability studies whether on foreign literature or Arabic one.